ANAIS PAULISTAS MEDICINA E CIRURGIA

Revista médica editode in ensalmente pelo SANATOL COMPLUCAS Instituição pelo de Crarga

Diretor : Dr. EUR BRANCO RIBEIRO

VOL LXVI

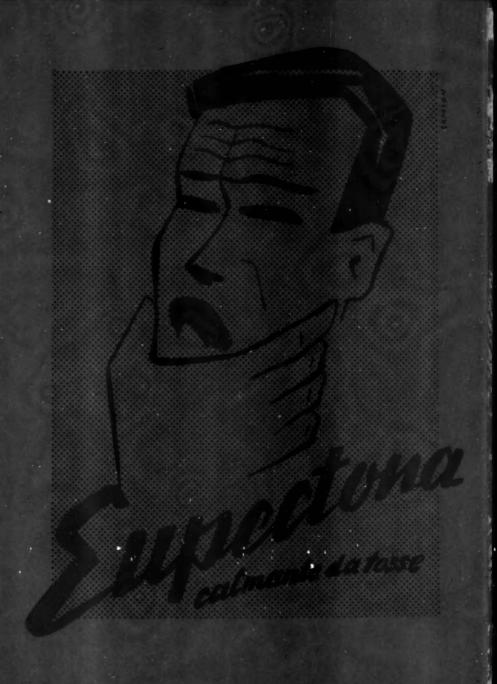
São Paulo, Outubro de 1953

N.º 4

Sumário:

Recuperação dos mutilados do aparelho locometer — Dr. José SALDANHA FARIA
Das finalidades do simpósio sobre recuperação des mutilades
do apareino locomotor — Prof. Dr. Dagmar A. Chaves 201
Conceito e estado atual do problema da assistência ao mutilado
do aparelho locomoter nesta Capital – Prof. Dr. ACHILLES
Reabilitação - Trabalho de equipe - Dr. Franando Boccolini 275
A protese de sucção para os amputados seissa do josibo — Major Dr. OSCAR SPINOVA
O problema do mutilado — Ten. Cel. Yzzoo J. BLAUTH 303
Centro Ortopedico Brasileiro — (Ante projeto) Cria o Centro Ortopedico Brasileiro
Assistência aos mutilades do aparelho lecomoter — Prof. BARROS
LIMA
El rado atual das amputações — Mario pa Asaru
A influência des enxèries de peis us recuperação das extremi-
dades - A. DUARTE CARDONO
Dois ance de atividade de Serviço de reabilitação do SESI -
De Fernance Barrettest

Número Dedicado ao I Simpósio de Recuperação de Mutilados



LABORATORIO TORRES S. A.

VIKASALIL

Bi

EM DRÁGEAS ENTÉRICAS

0

Anti-Reumático - Analgésico

0

Associação de Salicilato de Sódio com Piramido

C

EFEITO MAIS RÁPIDO. QUALQUER TIPO DE DÓR.

C

Fórmula:

Salicilato	de	Só	die	0	 	*					0,50
Piramido											
Vitamina	T				 						100,0
Vitamina	Bı			. *	 			×			0,006
Bicarbona											

0

LABORATÓRIO PHARMA

Marcello, Massara & Cia.

Rua Tabatinguera, 164 - Fone, 33-7579 - São Paulo

Anais Paulistas de Medicina e Cirurgia

CAPA:	Cr\$
2.ª página da capa (12 × 19 cm.) por vez	1.200,00
3.ª página da capa (12 × 19 cm.) por vez	1.000,00
4.ª página da capa (12 × 19 cm.) por vez	1.400,00
TEXTO:	Cr\$
1 página (12 × 19 cm.) por vez	1.200,00
% página (9 × 12 cm.) por vez	650,00
% página (9 × 5,5 cm) por vez	400,00
Encarte por vez	1.200,00
Página fixa 20% de aumento.	

ESTERILIZAÇÃO DO TRACTUS INTESTINAL PELO DERIVADO FTÁLICO DA SULFA

ANASEPTIL = FTALIL

(Ftalil-Sulfatiazol com Vitamina K e B1)

Absorção pràticamente nula, alcançando grande concentração no conteúdo intestinal

DISENTERIAS

COLIBACILOSES

ENTEROCOLITES

COMPANHIA FARMACEUTICA BRASILEIRA VICENTE AMATO SOBRINHO S/A.

Praça da Liberdade, 91

São Paulo

DR. SYLVIO COSTA BOOCK

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

RUA BRAÚLIO GOMES, 25 - 4.º Andar - TELEFONES 4-7744 e 8-5445

A Seção

ORTOPÉDICA

dos

LABORATÓRIOS NOVOTHERÁPICA S. A.

Agradece à distinta classe médica a preferência com que tem sido distinguida e comunica a sua mudança para novas instalações, em oficinas amplas, dotadas de maquinário moderno e técnicos especializados, mais apta portanto a atender com presteza, todo e qualquer serviço do ramo, inclusive instrumentário para cirurgia geral.



APARELHOS E CALÇADOS ORTOPÉDICOS, APARELHAGEM TRAUMATOLÓGICA E DE FISIOTERAPIA EQUIPAMENTO HOSPITALAR



Rua 25 de Janeiro, 303 - Tel. 33-2833 - São Paulo, Brasil



Na hiper-exitabilidade reflexa — Cárdio-Sedativo — Na Epilepsia (No Eretismo Cárdio-Vascular, Taquicardia Paroxistica, Extra-sistoles funcionais, etc.).

A base do célebre

LEPTOLOBIUM ELEGANS

Crataegus Oxiacanta-Bromuretos de Amônios, Sódio, Potássio, etc.

MODO DE USAR: { Adultos: 1 colher, 15 cc. 3 vêzes ao día em água açucarada. Crianças: a metade.

MEDICAMENTOS ALOPÁTICOS NACIONAIS S/A. PRODUTOS FARMACEUTICOS

Rua Rui Barbosa, 377 - Telefone 33-3426 - São Paulo

0 Perandren

Hormônio androgênico sintético

em casos de câncer da mama

Casos inoperáveis: 50 a 100 mg 2 a 3 vêzes por semana, por via intramuscular, durante cêrca de 10 semanas; depois, 1 a 2 comprimidos sublingais* de 25 mg por dia. Após a operação radical: implantação de comprimidos de 100 mg.

Aconselha-se começar com doses muito altas (150 a 200 mg por dia, por via intramuscular; 2.000 a 4.000 mg no total) e administrar em seguida as empôlas cristalíferas de 50 mg (100 a 200 mg por semana). O tratamento de depósito deve ser continuado sem interrupção.

Quando, no curso do tratamento, sobrevêm vômitos e eventualmente estados de depressão com aumento da calcemia, ju'gam alguns autores que se deva interromper o tratamento.

* ("Linguetas")

PRODUTOS QUÍMICOS CIBA S. A.



TIROTRICINA

PARA USO IMEDIATO!

NEO-POMALGAN

INDICAÇÕES:

Piodermites; acne, espinhas, furúnculos, antraz, panarícios, feridas purulentas, ulcerações, úlceras tropicais, úlceras traumáticas, úlceras atônicas, cortes, ferimentos, eczema infectado, impetigo e ectima. Queimaduras.

NEO-GORGESAN

INDICAÇÕES:

Antisséptico biológico, indicado nos casos de afecções da bôca e da garganta, como curativo e profilático; na profilaxia e tratamento das enfermidades do buco-faringe devidas a estados infecciosos por estafilococos, estreptococos, bacilos diftéricos e pneumococos, anginas gripais e anginas pultáceas; antes e depois das intervenções cirúrgicas da bôca (extrações de dentes, cirurgia dentária, tonsilectomia, abertura de abcessos, etc.).

GINOTRICIN

INDICAÇÕES:

Tratamento das vulvo-vaginites e suas manifescações: vaginites estafilocócicas, estreptocócicas, gonocócicas e micóticas e por trichomonas vaginalis.

Laboratórios

MOURA BRASIL - ORLANDO RANGEL S. A. Rua Marquês de São Vicente, 104 - Gávea - Rio de Janeiro

CIRURGIA

MÓVEIS PARA
CONSULTÓRIOS E SALAS CIRÚRGICAS

Artigos em geral para

MÉDICOS E PARTEIRAS HOSPITAIS E FARMÁCIAS

FILMES PARA RAIOS X GAZES PARA ANESTESIA

VIDRARIA PARA LABORATÓRIOS

CASA CIRÚRGICA

Costa & Carvalho

RUA SENADOR FEIJÓ, 121 — FONES, 32-0132 e 35 - 9029 CAIXA POSTAL, 1410 — SÃO PAULO, BRASIL



NOVIDADE NA TERAPÊUTICA DA DOR

DOLCSONA

Sinergia medicamentosa de duas potentes substâns tias de ação analgésica e antiespasmódica: metadone e papaverina

- Alivia a der sem provocar narcotismo
- Poder analgésico 3 vêzes maior que o da marima e sem os seus inconvenientes
 - * Ação terapêntica constante e uniforme quer pela prefandidade quer pela duração da analgesia
 - * Mão afota o coração nem a pressão arterial
 - * Menor depressão respiratória que as eniáceos
 - * É particularmente aliva nas dores provocadas, mantidas ou exaftadas por espasmes da musculatura lisa.

DOLCSONA DOLCSONA LANGUAGO ALUMA MARINA MARI

11

Ampôlas - de 1cm3, em-caixas com 5, 25 e 100 Comprimidos tubos com 10

MEDICAMENTO ENTORPECENTE

VENDA SOB PRESCRIÇÃO MEDICA

OLCSONA

TRATAMENTO DA

E SUAS REPUGNANTES MANIFESTAÇÕES



TÓPICO INTRANASAL

MEDICAMENTO NOVO NO BRASIL

- SEM SIMILARES
- EFEITO CURATIVO -

Fórmula original do Químico-Farmacâutico J. PELOSI

baseada em observações de origem alemã.

Clarete de carbaminolicalina . 0,05 g. Clorobutanol 0,50 g. 5 cm3. Glicerina medicinal Essencias de Eucaliptus . . . Soluto fisiológico q. s. p. . . 100 cm3.

Licenc. pela S. N. F. M. sob o n.o 1.256 em 9-12-1952

As solicitações de amostras para observações clinicas, serão atendidas pela ordem de seu recebimento na medida do possivel.



PRODUTORES DE MEDICAMENTOS ÉTICOS DE DIVULGAÇÃO

* MARCA REGISTRADA

R CESÁRIO MOTA, 296-312 - FONES 34-7733 W 35-1091 - CX POSTAL 4798 Distribuidores no (M. DARMONT & AMENDOLA Telefone: 43-7292 Rio de Janeiro: [

Indústrias Químicas Mangual S. A.

DEPARTAMENTO

DON BAXTER

APRESENTA AS NOVAS SOLUÇÕES EM

VACOLITERS



Ácidos Aminados a 6 % em água destilada.

Soluto de Glucósio a 5 % com Vitaminas B₁, B₂ e PP.

Soluto de Glucósio Isotônico com 10 % de Álcool.

Lactado de Sódio em Solução 1/6 Molar.

Solução Fisiológica de Cloreto de Sódio.

Glucósio em Solução Isotônica de Cloreto de Sódio a 5 % e 10 %.

Solutos de Glucósio em água destilada a 5 % e 10 %.

Em frasco de 500 e 1 000 cm3

Soluto de Lactado de Sódio e Cloreto de Sódio com Cloreto de Potássio (Solução de Darrow).

Em frasco de 250 cm3

Material para instalação de Bancos de Sangue:

Transfuso Vac, plasma Vac, conjuntos de colheita e administração de sangue. Plasma humano normal sêco (irradiado).



Indústrias Químicas Mangual S. A.

- MATRIZ.....: Rio de Janeiro Rua Paulino Fernandes, 58/55. Telefone : 46-1818 Caixa Postal 3.705 — Enderêço Telegráfico : "Picor"
- LABORATÓRIOS: Duque de Caxias Estado do Rio Rua Campos, 543.
- FILIAL.....: São Paulo Rua Manoel Dutra, 218 Telefone: 32-9626. Enderêço Telegráfico: "BAXTER"

ACTHAR GOLD

ACTHAR de ação prolongada

MAIOR EFICÁCIA MAIOR ECONOMIA COMODIDADE ESTABILIDADE

DOENÇAS DO COLÁGENO	Febre reumática Artrite reumatóide	Lupus eritematoso Dermatomiosite
DOENÇAS METABÓLICAS	Sindrome Nefrótica	- Gota
HIPERSENSIBILIDADES	Asma Dermatite de contac	Sensibilidade a medicamentos cto-Urticária
DOENÇAS OCULARES COLITE ULCERATIVA	Irites Uveites Coroidites Queratite	Oftalmia simpático PS::
DOENÇAS DA PELE	Pênfigo	Dermatite esfoliativa
PANHIPOPITUITARISMO	Escleroderma	Psoriase

UMA INJEÇÃO CADA 12 A 24 HORAS Frascos com 20 e 40 unidades

Fabricade per THE ARMOUR LABORATORIES Chicago - Illinois
Representantes e Distribuidores Exclusivos para o Brasils
INDÚSTRIAS FARMACÊ.TICAS Fontoura-Wyeth S.A. - SÃO PAULO
"Tradição e qualidade a serviço da prática médica"



PODEM
REALIZAR
MELHOR
TRABALHO
DO
QUE

Pen-Aqua

PENICILINA AQUOSA DE DUPLA AÇÃO

300.000 u. de Penicilina G Procaina 100.000 u. de Penicilina G Potássica

400.000 u. de Pen-Aqua



ANAIS PAULISTAS

DE

MEDICINA E CIRURGIA

Diretor: DR. EURICO BRANCO RIBEIRO

Rua Pirapitinguí 114 — Fone, 36-8181 — Caixa Postal, 1574 — São Paulo, Brasil

Assinatura por 1 ano Cr\$ 150,00 — Número avulso . . . Cr\$ 15,00

VOL. LXVI

OUTUBRO DE 1953

N.º 4

Recuperação dos mutilados do aparelho locomotor

resumo dos trabalhos feito pelo

Dr. JOSÉ SALDANHA FARIA
Representante do Sanatório São Lucas, São Paulo.

Como representante da Sociedade Médica São Lucas, tivemos a oportunidade de colaborar no "Primeiro Simpósio de Recuperação dos Mutilados", realizado nos dias 24 e 25 de novembro p. p. na Capital da República, por iniciativa e sob os auspícios do Colégio Brasileiro de Cirurgiões.

À essa reunião, que foi presidida pelo Prof. Rolando Monteiro e secretariada pelo Prof. Dagmar Chaves, estiveram presentes vários representantes de entidades médicas.

Realizaram-se três sessões científicas.

A sessão inaugural teve por local a séde da Policlínica Geral

do Rio de Janeiro.

Fazendo a abertura dos trabalhos o Prof. Rolando Monteiro se congratula com os presentes, convencido do alto cunho científico e social do Simpósio, assim como dos benefícios que poderão

ser colhidos com as resoluções a serem tomadas.

A seguir, o Prof. Dagmar Chaves (do Rio de Janeiro) fala sôbre o tema "Das finalidades do Simpósio sôbre a recuperação dos mutilados do aparelho locomotor". Inicia a sua palestra, analisando o estado atual dos mutilados do Brasil, comparado aos outros centros mais adiantados, como Estados Unidos, Inglaterra e Alemanha, traçando normas e planos de assistência condigna. Abordou a questão dos encargos do govêrno para melhor solução do problema, elogiando a obra da Legião Brasileira de Assistência e do Serviço

de Saúde do Exército, que já vêm dando amparo a um grande número de mutilados, no sentido da recuperação funcional.

Finaliza, agradecendo em nome do Colégio Brasileiro de Cirur-

giões, a todos os colegas presentes.

O Prof. Achiles de Araujo, do Rio de Janeiro, passa a relatar "Conceitos e estado atual do problema da assistência a mutilados do aparelho locomotor". Acha ser um problema social imposto aos poderes públicos, de finalidade nacional — encarado sob o ponto de vista caritativo — havendo descuido para a devida recuperação destes mutilados por motivo econômico ou pela falta de assistência social. Para solucionar êste complexo e grave problema de cêrca de 300 mil mutilados espalhados por todo o país, não adianta a caridade ou a segregação em asilos.

Em nosso país, não obstante o caráter de pioneirismo que deu a assistência aos mutilados o presidente Vargas, urge encarar o problema que se afigura inadiável para esta grande massa de mutilados existente no Brasil, que precisa se reintegrar, com amparo legal, na coletividade produtora. O govêrno, declara o orador, a menos de uma década, resolveu enfrentar o problema de assistência social, por portaria de 7 de junho de 1943, nomeando uma comissão para o Serviço de assistência social aos mutilados. Este serviço que se acha atualmente integrado à Faculdade Nacional de Medicina, tem sido solicitado por centenas de mutilados. A deficiência na confecção das próteses e outros muitos problemas, têm criado embaraço que espera ser resolvido por êste simpósio.

Em seguida, o Dr. Fernando Boccolini, de São Paulo, lê a sua interessante comunicação "Reabilitação — trabalho de equipe". Ressalta a importância da reabilitação em trabalho de equipe, trazendo a sua contribuição por experiência no Serviço do S E S I, de São Paulo. E' favoravel à criação de um núcleo de reabilitação, com pessoal habilitado e capaz, afim de facilitar o trabalho da equipe, até a readaptação do mutilado. Cita o sistema americano que trabalha em equipes caminhando paralelamente, o cirurgião, o fisioterapista, o psicólogo, o protético, etc., afim de que o mutilado recupere com eficiência e mais prontidão a sua reabilitação.

O presidente da mesa põe em discussão o tema dos relatores.

O Dr. Dagmar Chaves, abordando o trabalho do Dr. Boccolini, apela para o Reitor da Universidade do Distrito Federal, Prof. Dr. Rolando Monteiro, para encarar as vantagens da anexação de um núcleo de reabilitação na Faculdade de Ciências Médicas, que dão realmente um coeficiente bastante satisfatório. O dr. Achiles de Araújo declara possuir 1.000 recuperados no serviço sob a sua direção, mas que não seria justo e nem lógico que abandonassemos os 300 mil mutilados existentes em todo o Brasil, a espera das medidas de amparo por parte do govêrno.

Os professores Braga de Abreu e Barros de Lima, assim como

vários colegas tomaram parte na discussão.

Na manhã de 25 de novembro, os simposistas se reuniram no Hospital Central do Exército. Neste ambiente agradavel e acolhedor, foram feitas visitas a várias dependências, inclusive ao Serviços de traumato-ortopédia e de cirurgia buco-facial, que impressio-

naram favoravelmente.

Em seguida foi realizada, no auditório do Pavilhão Floriano Peixoto, a segunda reunião do Simpósio. Sob a presidência do Gal. médico Dr. Olarico Xavier Airosa, o maior médico Dr. Oscar Spinola, fala sôbre "Prótese de sucção para os amputados acima do joelho". Declara que pouco se tem feito, entre nós, em matéria de organização para reabilitação dos mutilados. Realça como fatores desfavoráveis a falta de organização e o grande custo da protese ortopédica. Faz observações sôbre a assistência dada aos mutilados nos Estados Unidos, onde existem perto de 500.000 mutilados, sendo 120.000 da segunda guerra mundial. Nos Estados Unidos, sòmente a partir de 1945, ficou estabelecido o conceito de reabilitação. Focalizou a maneira como se dá assistência aos mutilados na nação Norte Americana, onde além do tratamento cirúrgico, fisioterápico, psíquico, etc., estudam o fator vocacional, pensões, créditos para reajustamento a desempregados, seguros de vida, etc. Como se deduz trata-se de um problema complexo, impossível, no momento de ser aplicado entre nós. Existem nos Estados Unidos perto de 300 fábricas de membros artificiais, tôdas elas fiscalizadas por órgão responsável, criado sob a denominação de "Conselho Nacional de Pesquisas", fundado em 1945. Declara, ainda que fez parte de uma comissão do Exército, para visitar a Europa e os Estados Unidos, onde observou os médicos de prótese ortopédica e treinamento do mutilados. Fez um estudo sôbre a prótese de sucção para os amputados acima do joelho, assinalando o processo nos seus detalhes. As estatísticas dão 10.000 doentes tratados por este processo na Alemanha, onde o seu uso é de rotina assim como nos Estados Unidos e Inglaterra.

Contraindica a prótese de sucção na osteomielite, lesões graves da pele, cicatrizes profundas, fatores psicológicos, etc. Não contraindica o uso da prótese de sucção nas exostoses (que se extirpam) — moléstias arteriais, lesões da outra perna, etc. Quanto aos côtos, tanto faz longos ou curtos, não são fatores de contraindicação da prótese de sucção. O peso excessivo e a idade do paciente

também não contraindicam a prótese de sucção.

São inúmeras as vantagens da prótese de sucção sôbre a prótese convencional (inconveniente das correias, cintas, etc.). Cita os casos de insucesso da prótese de sucção, fatores psíquicos, côto de amputação em cunha, defeitos de fabricação da prótese, etc.

Em seguida ouvimos a palavra eloqüente e experimentada do Tte. Cel. Iedo Blauth, mutilado de guerra. Entendido no assunto, diz não ser médico, fazendo considerações interessantes sôbre a readaptação do mutilado na vida civil e no trabalho. História a sua vida de mutilado em 1914, nos Estados Unidos.

Em 1949, foi nomeado para ir aos Estados Unidos, como observador. Verificou a necessidade da formação de uma equipe ortopédica para freqüentar um curso instituido pelo exército americano, cuja equipe foi acrescida pelos médicos Oscar Spinola e Batista Matias. Fas um pelo aos cirurgiões para serem mais humildes e verem que os mutilados também necessitam da palavra, conforme observou ao se dirigir aos mutilados brasileiros nos Estados Unidos.

Referindo-se ao fabrico dos aparelhos de prótese, é favoravel à importação para o devido estudo da melhor prótese, para em seguida ser fabricada entre nós. Não é favorável à localização do centro ortopédico em hospital. Este centro ortopédico deve ser um lugar de recreio, conforme notou nos Estados Unidos; instalações esportivas (golf, natação, dança, etc.), deixando o mutilado em situação social melhor do que antes. E' de opinião que também precisamos pensar na iniciativa privada, para se fazer o centro ortopédico (sociedade anônima entre médicos e mutilados, por ex.). A direção do centro ortopédico será atribuída ao indivíduo mais capaz, independente da profissão.

Faz, também, um apelo aos médico para serem mais positivos e entrarem no domínio da ação, fazendo no centro uma fonte de lucro de assistência eficiente 100% à recuperação do mutilado. Refere-se ao estôjo de sucção — do qual é portador — que veio resolver o problema dos mutilados.

Trata-se de uma prótese confortável e bastante superior a prótese convencional. Deve existir bom treinamento para bons resultados com o uso da prótese de sucção.

E' inteiramente contrário ao côto em cunha ou cônico e sim favorável ao côto cilíndrico, com o máximo de massa muscular.

O côto cilíndrico faculta perfeita adaptação da prótese de sucção que adere as partes colantes. O médico deve saber fazer o côto, porque quem vai usá-lo é o mutilado e não o médico. O uso da prôtese de sucção exige uns tantos detalhes, bastante importantes, para que seja perfeitamente aceita pelo mutilado. Contra os suores do côto no interior da prótese, é recomendado uma fórmula de um pó, constituída de ácido salicílico, ácido bórico e talco. No fundo e ainda no interior da prótese deve ser colocado um saquinho de "senicasel" para absorver a humidade. O uso do "escortinete", espécie de meia de la que tem por finalidade a adaptação melhor do côto do aparelho. Deve-se evitar a entrada do assunto iquiátrico dentro do estôjo. Para isso, a prótese precisa ser confeccionada de uma maneira tal que o seu rebordo interno superior seja de bordas recurvadas e perfeitamente adaptável àquela região. O Tte. Cel. Iedo Blauth passa a fazer demonstrações práticas, muito interessantes, com a sua prótese de sucção, ensinando como deve ser colocada e retirada a prótese, o uso da válvula, etc.



JOAQUIM MONTEIRO CAMINHOÁ 21 - XII - 1836 (Baía) · 28 - XI - 1896 (Rio)

Catedrátice de Botanica e Biologia na faculdade do Rio — De Conselho de S. Magestade — Da Academia Imperial de Medicina — Autor de Inumeros trabalhos de botanica — Um des mais famosos naturalistas do tempo,

A GALERIA SANTTAS de médicos ilustres do Brasil consta dos seguintes quadros, já publicados:

N.º 1 - JOAQUIM CANDIDO SOARES DE MEIRELES

N.º 2 - VICENTE CANDIDO FIGUEIRA DE SABOIA

N.º 3 - LUIS DA CUNHA FEIJÓ FILHO

N.º 4 - EDUARDO CHAPOT-PREVOST

N.º 5 - FRANCISCO DE CASTRO

N.º 6 - JOÃO VICENTE TORRES HOMEM

N.º 7 - JOAQUIM MONTEIRO CAMINHOÁ

N.º 8 - EZEQUIEL CORREA DOS SANTOS

O LABORATÓRIO SANITAS DO BRASIL S. A. tem o imenso prazer de atender as solicitações de todos os interessados.

Av. Lins de Vasconcelos, 3420 - São Paulo

Que o protético tenha a natureza de solidariedade humana, compreensivo, para cooperar, afim de não perturbar a vida futura do mutilado. Reafirma que o mutilado necessita de amigos sinceros e não de caridade.

Ainda nesta segunda reunião, ouvimos mais uma vez o Major Dr. Oscar Spinola que se refere ao tema "A cineplastia para os

amputados abaixo do cotovelo".

Inicia fazendo um apanhado histórico sôbre a cinematização dos côtos de amputação, que tiveram a sua éra na Alemanha, com Saarbruck em Berlim e com Serch em Munich. A cinesplastia para o membro superior foi adoptada nos Estados Unidos em 1946, sendo o primeiro cineplasta, um mutilado filipino. O sucesso da cineplastia depende de muito do amputado — fator psicológico, períodos de treinamento, etc. Limita-se a cineplastia do biceps braquial, apresentando a sua casuística de cinco (5) mutilados, onde empregou a técnica de Saarbuck.

Faz um dos amputados executar várias demonstrações com a sua prótese (mão e gancho), simulando uma refeição, escrevendo

e fazendo movimentos de execuções com a mão artificial.

Apresenta um segundo mutilado, operado nos Estados Unidos, pela mesma técnica de Saarbuck, com resultados idênticos aos seus casos.

Na discussão, o Dr. Dagmar Chaves se congratula com o Hospital Central do Exército, pelo muito que vem fazendo para a reabilitação dos mutilados. Enaltece os trabalhos do Major Spinola que trazem a sua contribuição fruto da sua experiência pessoal, firmando ainda mais o conceito da cineplastia e da prótese de

sucção.

Dirigindo-se ao Tte. Cel. Iedo Blauth, indivíduo experimentado e conhecedor que expõe conceitos e planos, o Dr. Dagmar, pede permissão para que "as suas idéias sejam publicadas no trabalho do Simpósio e insiste para que o Tte. Cel. continue na sua campanha de colaboração utilíssima, para que resoluções de interêsse sejam tomadas para futuras diretrizes da luta pela recuperação dos mutilados do Brasil".

Terminada a sessão, foi servido um coquetel aos presentes no

salão nobre do Pavilhão Floriano Peixoto.

A terceira e última sessão do Simpósio foi realizada na noite do dia 25 de novembro, na séde da "Policlínica Geral", sob a presidência do Prof. Rolando Monteiro.

O primeiro orador foi o Prof. Barros Lima, do Recife, que apresenta a sua tese, "Conceito e estado atual do problema da assistência a mutilados do aparelho locomotor". Analisa os vários pontos de vista educacional para a cura da reabilitação e volta do mutilado ao seu ambiente de trabalho. E' de parecer que a assistência aos mutilados do aparelho locomotor deve se fazer por etapas e com atuação de homens especializados afim de diminuir o deficit dos mutilados. As curas de reabilitação poderão ser realizadas em

escolas especializadas, que distribuem ofício adequado a cada indivíduo de acôrdo com a sua capacidade de trabalho e fator vocacional. Combate o alto custo do material de prótese que cria um

sério problema para sua aquisição.

A seguir, o Prof. Mario Braga de Abreu, de Curitiba, fala sôbre questões técnicas de amputação. Diz que todo cirurgião deve meditar antes da execução das amputações e salvaguardar-se ao máximo das complicações (neuromas, etc.). Aborda as indicações das amputações (afecções vasculares, osteomielitis, tumores, etc.) e principalmente os traumatismos. Restringe ao mínimo o limite de amputação, procurando aguardar e observar os traumatizados, protelando a execução do ato cirúrgico. As amputações retardadas, em alguns casos, poderão reduzir ao mínimo a perda de um membro.

Refere as técnicas de amputação de côto ideal, indolor e bem coberto de pele normal. Focaliza a questão dos níveis de amputação dos membros superiores e inferiores, desaconselhando o nível ficos. Fala sôbre o método de secção plana, em guilhotina, muito usado na última guerra, como o que oferece melhor resultado, porém que requer nova intervenção. Analisa os detalhes de técnica — ligadura de vasos injeção de álcool e novocaina, afim de evitar os côtos dolorosos.

Procurar sempre efetuar uma boa nutrição do côto para melhor solidez e uso da prótese. Cita os variados métodos usuais de amputação dos membros superiores e inferiores, desconselhando o nível de amputação logo abaixo do joelho. Condena o uso do pilão. Trata das algias dos amputados, problema complexo e difícil de resolver, citando estatísticas inglesas, alemães e americanas. Acredita no fator psíquico sôbre os côtos dolorosos e principalmente sôbre o membro fantasma. A terapêutica destes casos que deve ser cuidada por neuro-psiquiatra, também poderá ser beneficiada pela infiltração da cadeia simpática ou pela radiocotomia. Deve o cirurgião procurar fazer a profilaxia destas complicações. Finaliza o seu relato projetando diapositivos de casos pessoais operados.

O Dr. Antonio Duarte Cardoso, de São Paulo, é o orador seguinte a falar sôbre "Da influência dos transplantes da pele, na recuperação dos membros fadados a amputação" Inicia acrescentando que a sua idéia é de colaborar com o cirurgião geral com os transplantes de pele, afim de evitar a amputação ou fazer uma aputação econômica.

Projeta vários diapositivos de casos operados, assinalando que para as perdas de tecidos moles da 3.ª falange dos dedos indicadores e médio, usa retalho pediculado da região tenar; para os dedos anular e mínimo o retalho pediculado é da região hipotenar. Quando há perda de mais de um dedo o retalho pediculado deve ser retirado do abdomen. Trata dos enxertos das queimaduras da mão, usando retalho em bolso. Projeta diapositivos dos grandes trauma-

tismos do membro inferior, mostrando a maneira de tratar com enxertos pediculados do outro membro do lado oposto.

O Dr. Fernando Boccolini de São Paulo, faz uma comunicação sôbre "Dois anos de atividades no Serviço de Recuperação do S E S I, frizando mais uma vez as vantagens do trabalho de equipe.

Apresenta dados estatísticos bastante apreciáveis de mutilados tratados naquele serviço. Procura projetar um filme para melhor documentação, porém a máquina projetora não funcionou.

Aberta a discussão dos diferentes temas, o Dr. Achiles de Araújo tece elogios aos trabalhos dos Drs. Braga de Abreu e Duarte Cardoso, referindo-se aos côtos de amputação abaixo do joelho, acha que os resultados são satisfatórios mesmo nos côtos curtos, até de 5 cm. mais ou menos, fazendo o alongamento com enxertos ósseos (perôneo) e de pele total.

O Dr. Dagmar Chaves enaltece as conferências dos Drs. Barros Lima, Braga de Abreu e Duarte Cardoso, referindo-se mais uma vez as palavras do Tte. Cel. Iedo Blauth que deixaram uma recordação forte aos simposistas.

Por último o Prof. Rolando Monteiro encerra os trabalhos, pedindo para que todos continuem nesta boa sementeira, alertando o governo e o povo do país sôbre o complexo problema dos mutilados.

Agradece em nome do Colégio Brasileiro de Cirurgiões a todos os simposistas que abrilhantaram com a sua colaboração e presença a tôdas as reuniões.

SEDATIVO E ANTIESPASMÓDICO

FREINOSPASMYL

DRAGEAS

ESPASMOS DIGESTIVOS, PALPITAÇÕES, ANGUSTIA, NERVOSISMO.



FÓRMULA:

LABORATORIOS ENILA S. A. RUA RIACHUELO, 242 - C. POSTAL, 484 - RIO FILIAL: — RUA MARQUEZ DE ITÚ, 202 — SÃO PAULO



Das finalidades do simpósio sôbre recuperação dos mutilados do aparelho locomotor

Prof. Dr. DAGMAR A. CHAVES
Catedrático da Faculdade de Ciências Médicas do Rio de Janeiro

E' com júbilo todo especial e sentindo-me deveras honrado, que faço uso da palavra, neste momento e nesta importante assembléia, para, na qualidade de coordenador deste Simpósio, dizer algo sôbre às finalidades do mesmo, os seus propósitos, os seus objetivos, cumprindo-me, antes de mais nada, tecer justos louvores ao Colégio Brasileiro de Cirurgiões, na pessoa do seu mui ilustre e dinâmico Presidente, o Prof. Rolando Monteiro, a quem cabe em período de patente vitalidade e de fecunda gestão, de tão prestigiosa sociedade, a iniciativa de promover a reunião, na Capital da República, dos especialistas de todo o País, para, com a presença e o apôio dos poderes públicos, das autoridades competentes, a participação e a colaboração dos responsáveis pelos Institutos e órgãos de tôda ordem, estudar, debater, problema assáz complexo, de tal magnitude e de tamanha significação, qual seja o que se prende à assistência, no Brasil, ao mutilado do aparelho locomotor, dando-lhe a competente solução.

E' pois sob os auspícios do Colégio Brasileiro de Cirurgiões, com a contribuição preciosa de relatórios e trabalhos, da autoria de ortopedistas experimentados e de indiscutível renome, que aqui nos encontramos, com o firme desejo de encarar de frente, tôdas as questões ligadas ao mutilado, analisando devidamente, o estado atual da sua assistência entre nós, passando em revista os diferentes aspectos, técnico, social, legal, de modo a chegarmos a conclusões de alcance prático, a uma campanha eficientemente organizada e a traçarmos normas e planos que venham assegurar ao estropiado, a assistência integral, condigna, que de direito lhe cabe.

O interesse despertado pelo assunto foi grande e o primeiro passo aproveitável já se deu, aliás, com a elaboração pela comissão organizadora do Simpósio, de um programa básico, orientador, de reais vantagens, não só imediatas mas também, futuras, capaz de interessar os estudiosos, os órgãos competentes e do qual constam os seguintes temas:

- 1) Conceitos e estado atual da assistência ao mutilado do aparelho locomotor.
- 2) Primeiros socorros e transportes dos traumatizados do aparelho locomotor.
- 3) Pré e pós-operatórios dos amputados.
- 4) Indicações das amputações.
- 5) Métodos de amputações.
- 7) Níveis de amputação.
- 8) Côtos de amputação.
- 9) Cinematização dos côtos.
- 10) Prótese provisória e definitiva.

- 11) Princípios que regem os aparelhos de prótese.
- 12) Material dos aparelhos.
- 13) Prótese para o membro supe-
- 14) Prótese para o membro inferior.
- 15) Tratamento da dôr do ampu-
- 16) Mutilações fisiológicas.
- 17) Psicosomàtica dos mutilados.
- 18) Recreação.
- Readaptação.
- 20) Pesquisa vocacional.
- 21) Reemprego.
- 22) Legislação atual e futura.

Na base dêste programa, começaremos a ouvir hoje, opiniões abalisadas, conceitos e sugestões que concorrerão, sem dúvida, para livrar o Brasil, da situação de acentuada inferioridade em que se encontra, no terreno da reabilitação do mutilado, quando comparado a outros países, tais como os Estados Unidos da América do Norte e a Inglaterra, possuidores de organizações verdadeiramente modelares no gênero.

E' realmente constrangedor e até mesmo humilhante confrontar a situação de verdadeiro contraste, que se patenteia entre o que já existe ou se realiza naquelas nações e o que realmente possuímos, apesar de dispormos de capacidade à altura de com as

mesmas nos nivelarmos.

A propósito de tal afirmativa, torna-se oportuno e interessante transcrever aquí o que se lê a páginas 18 e 19, do "Brasil Hospitalar" - 1950 ano 1951, publicação da "Divisão de Organização Hospitalar", - competentemente dirigido pelo Dr. Aureliano de Campos Brandão:

"Em 7 de junho de 1943, instituiu o Govêrno Federal, em caráter provisório, uma Comissão de Assistência a mutilados, para o fim de examinar e dar execução a processos nesse sentido, então existentes no Ministério de Educação e Saúde. Em 1944 a Assis-TÊNCIA A MUTILADOS passou a constituir atribuição da Divisão de Organização Hospitalar, de acôrdo com o regimento aprovado pelo decreto n.º 8.674 e que a ela determinou "cuidar dos problemas relativos à assistência médico-social, a cegos, e surdos mudos, a indigentes, velhos, abandonados aleijados e outros anormais e deficientes físicos".

Tais encargos, hoje incorporados à atual Secção de Assistência E SEGURO DE SAÚDE, se processam, ainda, pràticamente, no sentido de recuperação ortopédica, apenas preparando o mutilado clínica e cirúrgicamente, para o uso dos aparelhos indicados". "Carece a secção de recursos financeiros, e técnicos adequados, de que resultariam métodos eficientes e práticos que possibilitasse, não só a

RECALCIFICANTE REMINERALIZANTE

COMPRIMIDOS

Fosfato tricalcico . . . 0,40 g. Protoxalato de ferro ... 0,10 g. Calciferol (Vit. D2) 500 U. I...... 0,0125 mg. Excipiente q. s. p. um comprimido PÓ

Fosfato tricalcico..... 40 g. Protoxalato de ferro.... 10 g. Calciferol (Vit. D2) 50.000 U. I. 1,25 m 1,25 mg. Excipiente q.s.p..... 60 g.

CRESCIMENTO AMAMENTAÇÃO FRATURAS

CALCIODENI

CALCIO, VIT. D. 2 FÓSFORO, FERRO

PÓ COMPRIMIDOS



LABORATÓRIOS ENILA S. A. . RUA RIACHUELO, 242 . FONE 32-0770 . RIO



ADEOLIN

Vitamina D₂ em dose macica + Vitamina A INJETÁVEL E VIA ORAL

FILIAIS:
NIO DE JANEIRO
FORTO ALEGRE
BELO HORIZONTE
RECIFE
CURITIBA
SALVADOR

Ind. Farm. Endochimica S. A. MATRIZ

SÃO PAULO - BRASIL

END. TELEGRÁFICO "ENDOCHIMICA" CAIXA POSTAL 7.230 reeducação dos deficientes físicos, como o seu reajustamento em face da recuperação profissional, resultante de racional tratamento médico-cirúrgico e do uso dos aparelhos indicados".

"São de grande magnitude, entretanto, os serviços prestados a mutilados, pois além de exames especializados, (clínicos, psicosociológicos, traumato-ortopédicos, etc.) são executadas as intervenções cirúrgicas necessárias, possibilitando-lhes a Divisão o internamento gratuito nas Clínicas Ortopédicas do Hospital S. Francisco de Assis e de outros, para isso auxiliados pela mesma". "Pela secção especializada são fornecidos aparelhos ortopédicos para amputados de membros, botas e coletes ortopédicos, carros triciclos para tránsito urbano, (casos não recuperáveis pelos meios comuns de restauração anátomo-funcional), cadeiras de rodas para uso domiciliar".

"E' necessário ressaltar que as solicitações de aparelhos, oriundos de tôdas as regiões do país, não são apenas encaminhadas à Divisão de Organização Hospitalar, mas também, à Presidência da República, à Legião Brasileira de Assistência ao Congresso Nacional".

De acôrdo com os mesmos dados, foram fornecidos pela Assis-TÊNCIA A MUTILADOS, de 1943 a 1951, 1821 (mil oitocento e vinte e um) aparelhos ortopédicos.

Tal exposição, fiel, clara, precisa, diz em linguagem exata, sintética, expressiva, a situação em que nos deparamos ao apreciarmos o que se faz e o que nos cumpre realizar em prol do mutilado.

Nos últimos meses, atendemos a solicitações da Legião Brasileira de Assistência, no sentido de indicar prótese de substituição, de descarga ou complementar, examinamos 22 (vinte e dois) pacientes, cujas lesões são assim representadas:

Amputação bilateral de antebraço: 1.

Amputação de perna: 6.

Amputação de coxa: 6, das quais uma com osteomielite de côto e sequestro.

Amputação de coxa: 1.

Amputações congênitas, parciais, múltiplas (membros superiores e inferiores): um caso.

Sequelas de paralisia infantil dos membros inferiores: 6.

Paralisia espástica, tipo Iittle: 1.

Registam-se nesta pequena estatística, conforme se vê, mutilações congênitas e adquiridas, anatômicas e funcionais ou fisiológicas, dignas do mais palpitante interêsse, pois focalizam a gravidade do programa da reabilitação entre nós.

O Serviço de Saúde do Exército, compreendendo a gravidade e a importância das questões relacionadas com o mutilado, voltou para as mesmas as suas atenções, as suas vistas, enviando ortopedistas e técnicos outros aos Estados Unidos e já hoje, o Hospital Cen-

tral do Exército, por intermédio de uma equipe chefiada pelo Dr. João Oscar Epindola, procura ampliar as suas instalações especializadas, renova o seu material moderno, realiza próteses de sucção para amputados acima da coxa e prepara côtos, adaptando-os à cineplastia.

E'uma reação salutar daquela Organização, digna de continui-

dade, de expansão, de imitação.

Resta, entretanto, ainda muito que realizar, que fazer, que empreender, para atingirmos o mínimo exigido em face de problema médico-social de tal relevância.

A volta ao trabalho ativo, eficiente, remunerado, valorizando econômica e socialmente o indivíduo, livrando-o, portanto, da caridade vexatória, deprimente, humilhante, é o que se impõe.

O éxito da recuperação funcional está na dependência não só do tipo da intervenção cirúrgica praticada, que representa apenas uma etapa, mas de uma série de fatores, que não podem ser menos-

prezados.

Já se não admite, na atualidade, que o mutilado "represente uma dupla perda" para a comunidade, pela redução ou abolição da sua capacidade de produção e pelo aumento ou o peso do seu custo de vida, relacionado com pensões, assistência hospitalar, prótese, etc., onus de real monta. Éle deverá ser útil e tornar-se a si mesmo, a si próprio, reabilitando-se no sentido de reintegrar-se nas suas tarefas habituais ou em um novo trabalho, com o máximo de eficiência.

Ao envêz das perigosas e paliativas pensões e indenizações, é necessário assegurar-lhe o reemprego, um ofício adequado.

Sendo encarada a reabilitação como "responsabilidade nacional" e "necessidade econômica", e atendendo também ao lado humanitário, trabalhemos todos, ortopedistas, cirurgiões, fisioterapêutas, reeducadores, protéticos, em ambientes adequados, munidos dos recursos indispensáveis, em organizações condignas, amparados pelos poderes competentes, na rápida recuperação funcional do mutilado, garantindo-lhe fácil provisão de aparelhos que satisfaçam as exigências estéticas e funcionais, às condições técnicas mínimas, leves, sólidos, úteis, cômodos.

Procuremos, sem perda de tempo, fugir da lamentavel situação atual, na qual, desde a indicação até à confecção e o uso de um aparelho ortopédico, com a readaptação e a restituição de um paciente útil à família, à sociedade e ao estado, sem complexo de inferioridade, sem desejo de esmolar, a tarefa é na verdade árdua, não raro desanimadora, principalmente no meio da clínica de indi-

gentes ou mesmo da medianamente remediada.

Milhares de vítimas de traumatismos graves dos membros, de gangrenas, infecções sérias tumores, má formações congênitas, paralisia infantil criando mutilações anatômicas ou funcionais, estão a exigir a atenção das instituições estatais, para-estatais e privadas

e, a situação só tende a agravar-se, já que a mecanização industrial e agrícola, se intensifica dia a dia, aumentando por sua vêz de maneira assustadora, os meios de comunicação e de transporte, as sequelas de paralisia infantil, etc.

Aproveitemos também os ensinamentos da última guerra, que como as demais, reavivou e atualizou o tema cirúrgico das amputações, que deixaram de ser individuais para se tornarem de interêsse geral, coletivo e evitando pagar caro pela nossa imprevidência, coloquemo-nos à altura do nosso progresso, dos nossos foros de país civilizado.

Que êste simpósio, de finalidades altruísticas, humanitárias, patrióticas, cumpra o seu "desideratum".

A todos os colegas que dos Estados vieram assegurar solidariedade, colaboração e compreensão, e bem assim aos da Capital da República o agradecimento do Colégio Brasileiro de Cirurgiões.

PHILERGON - Fortifica de fato

UMA COLHERADA ÀS REFEIÇÕES

NOVA FÓRMULA!... rinacho INJETAVEL

		Ampôlas de
FÓRMULA:		2cm3 5cm3
Cinarina (Princípio ativ	o cristalizado da Alcachofra)	0,012 g 0,030 g
		0,200 g 0,500 g
Colina Cloridrato		0,020 g 0,050 g
Soluto da fração anti-tóx	ica do figado a 1.20 g. h. p.	2cm8 5cm8

Associada a Metionina - Colina - Solução de fração anti-tóxica do figado,

INTOXICAÇÕES HEPÁTICAS E MEDICAMENTOSAS Hepatites, estado pré-cirrótico do fígado LABORATÓRIO YATROPAN LTDA.

A experiencia desvendou a sinergia funcional do grupo vitaminico B. Reunir seus elementos racionalmente e forjar arma segura contra os estados carenciais deste complexo.





Conceito e estado atual do problema da assistência ao mutilado do aparelho locomotor nesta Capital

Prof. Dr. ACHILLES DE ARAUJO

Catedrático de Clínica Cirúrgica Ortopédica e Traumatologia da Faculdade de Ciências Médicas do Rio de Janeiro

Por nímia gentileza do ilustre Presidente desta Casa, o Prof. Rolando Monteiro, aqui me encontro para participar da inauguração do simposium sôbre "Recuperação dos mutilados do aparelho lomocotor", organizado pelo Colégio Brasileiro de Cirurgiões, sumamente honrado com a incumbência e sinceramente empenhado em colaborar com os meus colegas nos trabalhos e estudos programados com a finalidade de estabelecer diretrizes para um plano assistencial que realmente ampare e abra novos horizontes aos deficientes físicos do aparelho locomotor.

E', sem dúvida, um programa extenso e difícil, pois envolve um dos mais sérios problemas de Biologia Social impostos aos poderes públicos e a consciência nacional, pelos deveres morais e fraternidade e solidariedade humanas e, fundamentalmente, pela enorme importância social dos povos.

Em o nosso país, como aliás em muitas outras nações progressistas, esse problema tem sido encarado quase que exclusivamente sob o ponto de vista caritativo.

Lamentavelmente temos nos descuidado do aspecto primordial da questão, o das organizações e diretrizes de ordem técnica e legislativa, necessárias à recuperação desses elementos sociais que "por motivos econômicos ou de ordem biológica ou ainda por falta de assistência, muitas vêzes do próprio Estado, não podem igualar-se aos demais na luta pela vida, para manutenção ao menos da própria existência.

A magnitude do problema médico-econômico-social, torna-o evidentemente, complexo, maximé num país como o nosso de imensa extensão territorial e limitados recursos econômicos. Daí, seguramente, as dificuldades encontradas em enfrentálo. Encara-lo porém, parcialmente, embora animado dos melhores intuitos, não é resolvê-lo, é antes procrastiná-lo.

Para solucionar tal problema, não basta, evidentemente, a caridade, a beneficencia e muito meno a degradante esmola ou a simples segregação em asilos, tão frequente e generosamente ado-

tada em nosso meio.

O essencial é que esse indivíduos, aleijados, mutilados, defei tuosos, que esses infelizes deficientes físicos do aparelho locomotor englobados sob a designação genérica de "inválidos", sejam sempre que possível, transformados em elementos úteis da sociedade, produzindo para sua manutenção e contribuindo para seu progresso.

Urge encarar o problema sob êste aspecto, vendo-o em conjunto numa amplitude de visão compativel com o nosso adiantamento

científico e de civilização.

ESTADO ATUAL DO PROBLEMA MÉDICO-SOCIAL NO BRASIL

Devemos ressaltar de início que em nosso país já se tem cuidado com especial relêvo de alguns setores da assistência aos deficientes físicos, como os referentes aos cégos e aos surdo-mudos, de cuja legislação adequada, podemos ser considerados pioneiros. No que concerne porém a essa legião de defeituosos, mutilados e incapacitados pela malformação congênita, pela moléstia e pelo infortúnio, não obstante a boa vontade que domina não só dirigentes como particulares, ainda não chegamos ao adiantamento que já deveriamos ter alcançado.

O govêrno que em sua função tutelar não podia deixar de se interessar por tão magno problema, de enorme relevância social e humana, só recentemente, há menos de uma década, resolveu enfrentá-lo, procurando estabelecer desde logo as diretrizes da sua

organização definitiva.

Realmente, instituindo uma Comissão de Assistência a Mutilados pela portaria ministerial de n.º 359 de 7 de junho de 1943, com o fim de dar imedita execução a processos existentes no Ministério da Educação e Saúde relativos a pedidos de mutilados atendidos em suas pretensões pelo Presidente da República, — Comissão essa pouco depois incorporada a D. O. H. do M. E. S. pela portaria ministerial n.º 260 de 26 de maio de 1944, tendo em vista o despacho exarado pelo Sr. Presidente da República na exposição 875 de 31 de março de 1944 do D. A. S. P. — não só criou o govêrno um verdadeiro órgão para atender "a necessidade de dar maior amplitude aos trabalhos de restauração anátomo-funcional dos mutilados". Como atribuiu à Comissão nomeada para executar esses serviços "a incumbência de apresentar um plano de organização do definitivo serviço de assistência a mutilados".

Constitue, portanto, a iniciativa de 7 de junho de 1943 do Sr. Ministro de Educação e Saúde de então, Dr. Gustavo Capanema, o marco inicial da assistência oficial aos deficientes físicos do apa-

relho locomotor no país.

O SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA A MUTILADOS

Esse serviço e legislação tiveram, incontestavelmente, origem no patriotismo e filantropia do Presidente Getúlio Vargas que, de longa data, vinha atendendo às solicitações, cada vêz mais numerosas, de mutilados, não só desta Capital como dos Estados e Territórios da União, para auxílio de tratamento, hospitalização e fornecimento de aparelhagem ortopédica e de prótese que lhes permitissem minorar seus sofrimentos e privações, e da necessidade por sua Excia. logo reconhecida de melhor organizar essa assistência.

Com a instalação da Comissão, integrada por elementos do Departamento de Administração e da Divisão de Organização Hospitalar, porisso que compete a essa divisão a supervisão dos assuntos atinentes a assistência aos deficientes físicos, foi organizado, embora em caráter provisório e experimental, o Serviço de Assistência a Mutilados.

Foi tamanha a repercussão da notícia da criação do novo serviço que ao completar seis meses de existência, segundo relatório de 7 de fevereiro de 1944 do respectivo chefe, já registava um movimento de 650 processos de solicitações para fornecimento de aparelhagem ortopédica!

E, anualmente são encaminhados centenas de processos de soli-

citação ao Serviço.

Para atender a tão elevada soma de trabalho, vem o Serviço se ressentindo desde o início, e cada vêz mais, da absoluta deficiência de instalações, de pessoal que é reduzidíssimo e de mil e uma dificuldades daí resultantes, acrescidas das que são impostas pela própria natureza e diretrizes do trabalho.

Bastaria mencionar em linhas gerais as normas de serviços, providências e trabalhos que proporciona a cada solicitante ao ser atendido, para confirmar tal juízo:

- relacionamento de sua petição para ser submetida a autorização;
- chamada por telegrama ou carta, depois da autorização concedida;
- exame clínico completo;
- exame traumato-ortopédico;
- exame radiográfico;
- encomenda do aparelho ortopédico à oficina;
- fiscalização de seu fabrico e verificação das suas qualidades de adaptabilidade ao inválido ou mutilado;
- exercícios de adaptação e reabilitação.

Em muitos casos, além dessas, são necessárias outras providências, como o internamento em hospital para a execução de intervenções necessárias à correção de uma atitude viciosa, à regularização de um côto impróprio à prótese, ao tratamento das sequelas da moléstia de Heine-Medin e dos processos postraumáticos infecciosos dos ossos, dos músculos e das articulações.

Em outros pacientes são necessários ainda exames complementares especializados como o neuro psiquiático, otorrinolaringo-

lógico, oftalmológico, etc.

Quando o peticionário reside em pontos afastados do território nacional, o que não raro acontece, grande parte desses serviços são executados por médicos da localidade por solicitação do S. A. M. que, para isso, lhes envia com os necessários esclarecimentos, as fichas para o registo dos exames de saúde integral e traumato-ortopédico, onde devem ser anotados esses resultados, as medidas precisas da altura da amputação, aspecto, dimensões do côto, etc. Esses documentos, depois de preenchidos são novamente devolvidos ao S. A. M. juntamente com a modelagem em gêsso do côto e fotografias do paciente para que se possa ter melhor idéia do caso concreto. Baseado nesses elementos, o Serviço, se os julga suficientes, - o que raramente ocorre - providencia para a confecção da prótese e, em seguida a remete para o paciente. Caso contrário, encaminha o mutilado a um serviço hospitalar da localidade ou das proximidades, onde possa ser submetido a tratamento adequado, ou requesita o seu comparecimento à séde do S. A. M. nesta Capital para melhor resolver.

Para dar execução a esse programa, o S. A. M. que como já se ressaltou, só possui modestíssimas instalações, era forçado a recorrer, com freqüência, à boa vontade e ao espírito de colaboração dos dirigentes dos nossos hospitais, federais, municipais e mesmo particulares, quando tenha que executar intervenções cirúrgicas para permitir uma perfeita aparelhagem e corrigir malformações e defor-

midades causadoras de incapacidades.

Si é verdade que o S. A. M. sempre encontrou a mais amável acolhida aos seus pedidos de internamento para operações, também o é que tais favores nem sempre puderam se conseguidos com a rapidez desejada. Demais, eram tão numerosos os inconvenientes de tal medida que só a admitimos como solução de emergência na

fase preparatória do serviço.

A natural morosidade de fabricação de muitos dos aparelhos de prótese que necessitam de árias provas e adaptações corretoras; a falta de oficina própria ou diretamente subordinada ao Serviço para estudo, confecção e reparo de aparelhos de prótese; e a limitada capacidade de produção das oficinas ortopédicas encarregadas do fabrico dos aparelhos para o S. A. M., muito concorrem para perturbar o bom andamento dos trabalhos.

Não obstante tôdas essas dificuldades e entraves, o S. A. M., notadamente depois que foi entrosado à Clínica Ortopédica da Faculdade Nacional de Medicina, onde poude encontrar melhores possibilidades para tratamento e recuperação dos seus pacientes já conseguiu recuperar mais de um milhar de patrícios — crianças,

PROFENAMIN



O ANTISPASMÓDICO DA ATUALIDADE



E DE EFEITO SEGURO PORQUE
 é duas vezes mais ativo que a
 papaverina

E GRANDE SUA MARGEM TERAPÊUTICA pois sua dose tóxica é 170 vezes maior que sua dose terapêutica

PRODUZ HÁBITO

PROFENAMIN-COMPOSTO

Encerra (dois antispasmódicos:-Protenamin e Novatropina Lum analgésico: — Dimetilaminoantipirina Lum sedativo: — Barbitúrico

3 formas {Ampolas-Comprimidos-Supositórios

Laboratório Sintético Ltda Rua Tamandaré 777 Tel-36 4572 São Paulo

CH2.CH2.CH2 N-C2H5

Tipos diferentes

ILLAT HOBRA



DISCURAL

NA AMEBIASE

DISCURAL



- -DIIODO-HIDROXIQUINOLEINA
- -PROFENAMIN
- -PECTINA





NA DISENTERIA BACILAR E NAS COLITES

CARBOFTALIL



- -CARVÃO ATIVADO
- -FTALIL SULFATIAZOL
- -PECTINATO DE NIQUEL
- NOVATROPINA
- VITAMINA B
- VITAMINA B,
- NICOTINAMIDA

Laboratório Sintético Ltda Rua Tamandaré 777 Tel-364572 São Paulo

CARBOFTAL



homens e mulheres — incapacitados fisicamente por mutilações, deformidades e paralisias, realizando numerosas intervenções cirúrgicas, adaptando-lhes centenas de próteses ortopédicas, e isso tudo, é forçoso reconhecer, graças aos esforços, a dedicação e o amor que dedicam os colegas da D. O. H. e da Clínica Ortopédica, a essa obra de grande benemerência e humanismo.

. .

Há pouco mais de sete anos, em setembro de 1944, honrado com a incumbência de estudar o problema médico-social dos deficientes físicos no Brasil e de apresentar sôbre o assunto um plano de organização para o definitivo serviço de proteção e assistência aos inválidos e defeituosos do aparelho locomotor, tive a satisfação de entregar ao Diretor da D. O. H., naquela época o Dr. Theophilo de Almeida, um ante-projeto sôbre o assunto, baseado em estudos anteriores já empreendidos em vários países, na experiência pessoal, e em observações procedidas no S. A. M. do M. E. S.

Posteriormente, em janeiro de 1949, voltei ao tema, atendendo amavel convite do eminente colega e prezado amigo Prof. Barros Lima, realizando na Sociedade de Medicina de Pernambuco uma conferência subordinada ao título "Problema da Assistência aos Mutilados no Brasil".

Do ante-projeto ,"minima pars" tornou-se realidade. O problema continua a espera de solução que confio, seja encontrada neste oportuníssimo simpósio, prestigiado pelo Colégio Brasileiro de Cirurgiões e esclarecido por tantos valores da medicina naciional.

SANATÓRIO SÃO LUCAS

Instituição para o Progresso da Cirurgía

RUA PIRAPITINGUÍ, 114 Telefone – 36-8181

Peça informações sôbre o "Estágio de aperfeiçoamento" mantido pelo Sanatório São Lucas

PANTOMETIONIN

(Flaconetes de 5 cm⁸, ampolas de 10 cm⁸ e comprimidos)

FORMULA:

INJETAVEL (uso en	dovenoso)	ORAL FLACONETES DE 5 CM ⁸						
AMPÔLAS DE 10	CM8							
Acetil metionina	. 2,600 g	Acetil metionina	0,650 g					
Cloreto de colina	. 0,050 g	Cloreto de colina	0,500 g					
Glicocolica	. 0,050 g	Glicocola	0,050 g					
Inositol	. 0,100 g	Inositol	0,100 g					
Vitamina B12	. 10 mcg.	Vitamina B12	5 mcg.					
Soluto glicosado a	30%	Agua bi-distilada						
q. s. p. 10cm ³		q. s. p. 5cm8						
		E STATE OF THE STA						

COMPRIMIDOS

Cloreto de	colina				 		0,200 g
Metionina	(amid	0 :	acido	,	 	 	 0,500 g
Inositol .					 	 	 0,100 g
Vitamina B	12				 		2 mcg
Excipiente	q. s. r).			 	 	0,900 g

INDICAÇÕES TERAPEUTICAS

No tratamento das anemias macrocíticas, das hepatites e toxi-injecções com insuficiência hepática

APRESENTAÇÃO:

Caixa com 5 ampolas de 10 cm⁸ Caixa com 5 e 10 flaconetes de 5 cm⁸ Tubo com 20 comprimidos.

VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA
Licença do S. N. F. M. sob os números 799/52, 798/82 e 402/52
Tabela A alinea XIII Indústria Brasileira

Farm. Resp.: M. P. Lanzoni

LABORATÓRIO PHARMA

MARCELLO MASSARA & CIA.

Rua Tabatinguera, 164 - Telefone 33-7579 - São Paulo

Reabilitação - Trabalho de equipe

Dr. FERNANDO BOCCOLINI Chefe do Serviço do SESI, São Paulo.

E' nossa intenção, no presente trabalho, ressaltar a importância fundamental que tem, em reabilitação, o trabalho de equipe.

Tendo organizado o Serviço de Reabilitação do SESI e estando em sua chefia desde a data de sua abertura (agôsto de 1950), pensamos poder trazer modesta contribuição a esse momentoso assunto que parece ter finalmente, despertado o interêsse de nossas autoridades estaduais.

A experiência adquirida através a observação dos casos, as dificuldades encontradas decorrentes da pouca ou nenhuma experiência inicial no assunto, o contacto diário com mutilados ex-trabalhadores em indústrias paulistas que de um momento para outro se viram ipossibilitados de ganharem suas vidas, permitiram-nos tirar certas conclusões a respeito, conclusões estas corroboradas por técnicos de serviços norte-americanos, durante nossa visita de estudos realizada em julho último.

Não devemos considerar um mutilado, seja êle militar ou civil, em função de seu defeito físico. Êste, apesar de muito importante, é na maioria das vêzes, passível de correção parcial ou integral, mais ou menos fácil. A aplicação de recursos cirúrgicos e de próteses ortopédicas bem feitas, resolve em parte o problema. Não pensem V. V. S. S. que queira relegar esta parte a plano inferior: pelo contrário. Situo-a em plano bem elevado, dando porém nesse meu trabalho, atenção menor a esse capítulo. E' que felizmente entre nós existem excelentes cirurgiões e ortopedistas que de ha muito se dedicam e conhecem esta parte da medicina muito melhor que eu. Amputar, corrigir ou operar un paciente, é coisa que sempre se fez entre nós.

A confecção de uma prótese ortopédica, embora já bem menos conhecida (técnicos em pequeno número, muitos com capacidade profissional duvidosa), também pode ser feita sem maiores dificuldades. Em São Paulo, perdoem-me, porém não conheço esta parte no Rio de Janeiro, fazem-se excelentes próteses para membros inferiores, tão boas ou talvez melhores que as norteamericanas. O mesmo, porém, não se poderá dizer quanto a prótese de membro

superior (e aqui novamente me refiro sòmente a São Paulo). Fazemse mãos inertes, apenas para efeitos estéticos, algumas com dedos móveis, porém sempre passivamente. Nada vimos até hoje sôbre prótese de membro superior, feitos no Brasil, com utilidade prática. Pelo que sabemos, fomos os primeiros a usar ganchos por nós mes-

mos feitos em São Paulo.

Porém, basta apenas darmos uma prótese a um mutilado para que êle possa logo recuperar suas atividades? Quem os ensina a andar ou usar seus aparelhos ortopédicos? E mesmo antes de usar esses mesmos aparelhos, quem prepara o paciente para que êle possa, sob as melhores condições possíveis psíquicas e físicas, usálas? Sem especificar êste ou aquêle facultativo ou Instituto, de um modo geral, ninguém. O cirurgião que opera um paciente, após a alta, não mais tem contato com êle. Pode, no máximo, indicar um local onde possa obter uma prótese e tanto basta: nada mais há a fazer. O protético, por sua vêz, após a confecção e adaptação da mesma, despede seu paciente e... êle que aprenda sòzinho. Resultados: inadaptação do paciente à prótese, defeitos incorrigíveis no usá-la, diminuição do rendimento das mesmas.

Um côto doloroso (e quantas vêzes isto sucede) impede o perfeito uso de uma perna artificial. E que dizer então dos fraturados? Após longo tempo de imobilização por aparelho gessado, a volta à quasi normalidade é atualmente, longa e penosa. Atrofias musculares têm lugar durante as imobilizações longas. Limitações de movimentos articulares podem acontecer, diminuindo a capacidade funcional de um membro.

Psicològicamente, um amputado leva consigo o estigma de aleijado e inútil. Raros os casos em que a descrença no futuro não se faz notar. Nunca acreditam que possam um dia retornar a uma

atividade que permita ganhar novamente seu pão.

A esta situação, juntam-se as dificuldades de vida no próprio seio de sua família. A espôsa ou filhos serão obrigados a trabalhar, às vêzes insanamente afim de que a família não pereça à mingua. Criam-se assim, revoltas, desajustamentos sociais, de grande importância.

Esses são apenas os principais problemas que se nos apresentam com relação à parte médica pròpriamente dita. Como é do conhecimento de VV. SS., a maioria de nossos operários não têm formação profissional definida, exercendo funções ou cargos para os quais nunca tiveram preparo técnico, escolhidas mais pela ocasião em que se apresentam do que por vocação ou conhecimento do assunto: outra grande dificuldade.

Assim sendo perguntamos: é suficiente que sejam corrigidos cirurgicamente os defeitos de um mutilado? Basta que lhes forneçamos uma prótese para que êle possa novamente retornar à alguma atividade?

E' necessário que se instalem, para solução do problema, núcleos de reabilitação. Estes núcleos podem ser oficiais, parti-

"CALCIUM-SANDOZ"

(glucono - galacto - gluconato de calcio)



SANDOZ

ANILINAS, PRODUTOS QUÍMICOS E FARMACÊUTICOS S. A.

SÃO PAULO: CAIXA POSTAL 4419

RIO DE JANEIRO CAIXA POSTAL 285



EXANIT

tadores - XANITOL COM RUTINA

HEXANITOL baixa a pressão arterial



HEXANITOL COM RUTINA baixa a pressão arterial e evita as hemorragias cerebraes e oculares

Rua Tamandaré 777 Tel-364572 São Paulo



HEXANITOL COM RUTINA

culares ou sindicais: não interessa. O que interessa é que êles sejam instalados afim de facilitar a recuperação e reabilitação de um sem número de brasileiros.

Pelo que expusemos, vê-se que o Núcleo de Reabilitação deverá contar com um mínimo de pessoal habilitado, cada um em seu sector, a cujo conjunto denominamos de Equipe de Reabilitação.

Em tôdas as instituições norte-americanas que visitamos, lá estava a equipe reunida, umas mais numerosas, outras menos, porém sempre completas com seu mínimo. E não julguem VV. SS. que o que digo seja desejo de copiar os americanos (o que seria aqui louvável devido à grande experiência dos mesmos): a simples exposição das dificuldades apontadas anteriormente, justifica plenamente esta equipe.

Esta deverá contar com os seguintes elementos:

- 1 médico chefe
- 1 ortopedista
- 1 psicólogo e psiquiatra
- 1 fisioterapêuta
- 1 enfermeiro ou técnico em ginástica médica
- 1 técnico em terapêutica ocupacional
- 1 assistente social
- 1 encarregado de orientação e reemprego pessoal administrativo.

A função de cada um dêsses elementos é claramente perceptível, porém o essencial é que trabalhem em conjunto, em um mesmo local com possibilidades imediatas de comunicação entre si.

Um candidato à reabilitação, como VV. SS. viram, deve ser submetido a uma série de processos, físicos uns, psicológicos outros, que serão particulares em cada caso, devendo decorrer todos êles na mesma ocasião, afim de não só permitir a maior rapidez possível na recuperação, quanto facilitar o trabalho dos componentes da equipe.

Realmente, após estudos psicológicos para se verificar a orientação vocacional, após o exame pelo médico chefe ou ortopedista para verificação do melhor tipo de prótese a ser usada, no trabalho em equipe, mesmo antes da prótese estar pronta e sendo usada, o encarregado da terapêutica ocupacional já poderá começar a orientar o reabilitando para um determinado tipo de atividade, observando de perto o paciente que não só exercitará seu membro afetado (se for o caso) como demonstrará pràticamente o acerto da orientação dada teòricamente.

Qualquer dificuldade que surja, qualquer desajuste notado, será imediatamente comunicado ao médico encarregado da orientação, que poderá assim, frente ao exposto, mudar a orientação do caso, quer antes, quer depois de estar o paciente usando sua prótese.

As dificuldades com estas, podem ser logo observadas pelo ortopedista que procurará corrigi-las de pronto, tendo ao seu lado

o protético.

Tudo caminhará paralelamente. A fisioterapia procurará melhorar tanto quanto possível as condições musculares ou articulares mediante massagens, aplicações elétricas. A ginástica médica corrigirá defeitos de equilíbrio, exercitará grupos musculares que terão

de arcar com maior carga.

Submetido a massagens bem feitas, um côto de amputação estará apto a receber sua prótese muito mais ràpidamente (temos um caso de amputação de antebraço que dois meses exatos após o acidente, estava usando seu ganho e trabalhando). Um amputado aprenderá a usar sua prótese muito melhor e com mais eficiência se for orientado em seu manejo por técnicos. Seria outra função da terapêutica ocupacional.

A assistente social, esta grande colaboradora do médico, cuidará da parte familiar do caso, procurando no lar do mutilado ajudar o mais possível, minorando assim a tensão do paciente frente

aos seus problemas íntimos.

O psicólogo, além de esclarecer atitudes psíquicas do paciente, fará o preparo psicológico para que o mesmo possa enfrentar

situações de fato, frente ao seu estado físico atual.

Todo o processo de reabilitação é feito simultâneamente, por secções, de acôrdo com um programa previamente traçado pela equipe, frente aos dados colhidos em cada caso. Este procedimento permitirá economia enorme de tempo e dinheiro, além de dar ao reabilitado sensação que realmente êle está sendo cuidado.

Possivelmente, se se tratar de algum caso que necessite volta ao trabalho em uma outra profissão, o encarregado da orientação e reemprego tratará de arranjar local onde o reabilitando possa aprender sua nova função (escola profissional ou oficina particular) e, uma vez isto obtido, procurará reempregá-lo em uma indústria ou oficina, mantendo depois do reemprego contrôle do caso, para observar seu comportamento perante a situação atual real.

Impossível a coordenação perfeita e rapidez do processo se tôda esta equipe não estiver reunida, trabalhando em conjunto. Haverá casos em que não será necessário todo êste processo, porém se houver necessidade, lá estará a equipe tôda para atende-lo.

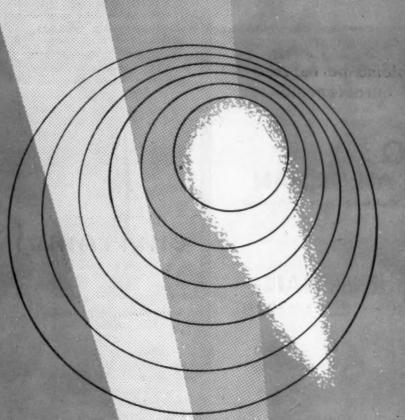
Pretender fazer reabilitação sem êsses elementos é uma aven-

tura, na maior parte das vêzes, sem sucesso algum.

Podemos afirmar a VV. SS. por experiência própria, que as dificuldades que se nos anteparam, em trabalho isolado, são por vêzes insuperáveis. A falta de um psicólogo, muitas vêzes, foi a causa de um fracasso em um caso em que tudo parecia decorrer normalmente: na ocasião do reemprego, mil e uma dificuldades surgiram.

Nosso serviço ainda não está completo, no sentido de ter tôda a equipe reunida, — o que nos tem causado muitos obstáculos.





Belexa B

PRAVAZ, LABORATÓRIOS S. A.

"Torres.,

Sistema nervoso autônomo

ATROPINAN

(Sol. estabilizada de atropina)

ESERINAN

(Sol. estabilizada de eserina)

embramos

Porém estamos a caminho de ter um núcleo de reabilitação completo, talvez logo no início do próximo ano.

Contando com a boa vontade da direção do SESI e com a colaboração dos especialistas de todos os ambulatórios e Hospital, conseguimos obter resultados que consideramos altamente satisfatórios, em vista da situação de núcleo piloto ou experimental. (O trabalho de equipe está sendo realizado, é verdade que não de maneira ideal, porém do melhor modo possível).

E é baseado nesta experiência e nas dificuldades surgidas que orientamos nossa maneira de trabalhar, procurando sempre que possível, submeter nossos candidatos ao processo completo de reabilitação

Assim ,em vez de partir de teorias para chegar à realidade, partimos de situações reais para chegar a conclusões exclusivamente práticas.

Que o exemplo de SESI seja seguido por tôdas as entidades que cuidam da assistência ao trabalhador, é o que sinceramente desejamos.

CONCLUSÕES

- 1.a) A reabilitação deve ser sempre feita por equipe.
- 2.a) A equipe reduz considerávelmente o tempo necessário para reabilitar o paciente.
- 3.ª) O trabalho em equipe permite que, simultâneamente, várias atividades sejam iniciadas no processo da reabilitação, facilitando assim o contrôle completo do paciente e o entrosamento imediato e fácil entre os diversos elementos da equipe.
- 4.a) A equipe deve ser integrada por um mínimo de pessoal, a saber:
 - 1 médico chefe
 - 1 ortopedista
 - 1 psicólogo e psiquiatra
 - 1 técnico em ginástica médica (ou enfermeiro especializado)
 - 1 técnico em terapêutica ocupacional
 - 1 assistente social
 - 1 encarregado de orientação e reemprego.
- 5.ª) Haverá real benefício para a coletividade na creação de núcleos de reabilitação, com um mínimo de pessoal requerido, tanto pelos Orgãos Oficiais como por Companhias de Seguros ou Instituições Particulares.

Durante a mocidade, faça examinar seus pulmões pelos raios X, ao menos de seis em seis meses. — SNES.



D&G DERMALON e SURGILON



Fabricadas de Nylon estas Suturas D & G possuem a maciez, elasticidade e impermeabilidade que são as características da substância básica. Dermalon Suturas, produto de anos de intensivas pesquizas e observações clínicas, absoluta impermeabilidade, necessário gráu de elasticidade e maciez de superfície melhoram este fio, caracterizando-se pela Surgilon Suturas são tecidas de fio Nylon e processadas especialmente para eliminar nós frouxos e assegurar o não desfiamento, sua firmeza e compatibilidade. Ambas são obtidas através de fornecedores responsáveis, em toda a parte. Davis & Geek, Inc., Brooklin, N. Y.

Agente geral para o Brasil:

IMPORTADORA CHIÓRBOLI CIRÚRGICA LTDA.

Rua Sen. Paulo Egidio, 34 — 3.º and. - salas 36-37 - Fone 32-3238 - S. Paulo Depósitos nas capitais de todos os Estados.

A prótese de sucção para os amputados acima do joelho

Major Dr. OSCAR SPINOLA

Do Serviço de Saude do Exército, Rio de Janeiro.

Em substituição ao aparelho de prótese convencional até agora usado entre nós para os amputados acima do joelho, introduzimos no Brasil há mais de um ano, a prótese de sucção (suction socket), adotada largamente em vários países da Europa e principalmente na Alemanha, durante e depois a 2.ª guerra mundial.

Após um programa experimental cuidadoso e metódico que terminou no dia 31 de dezembro de 1949, a prótese de sucção foi adotada oficialmente nos Estados Unidos sob a responsabilidade do Comité de Membros Artificiais do Conselho Nacional de Pesquisas e está sendo fabricada atualmente em todos os estabelecimentos oficiais especializados e pela indústria civil de membros artificiais, de acôrdo com a orientação técnica uniformemente estabelecida por aquêle Conselho.

Como observadores militares tivemos oportunidade de acompanhar na "Veteran Administration" de New York o "National Suction Socket Program" realizado nos últimos meses de 1950 e primeiros meses de 1951, fazendo parte da nossa equipe o artífices ortopedista Motiejus Diriunas da firma Bralit desta praça, designado e convidado pelo então Ministro da Guerra General Canrobert Pereira da Costa.

Os nossos estudos e observações no serviço de prótese ortopédica da "Veterans Administration" de New York, foram orientados no sentido de conseguirmos assimilar o processo nos seus menores detalhes de fabricação e também na importante questão da preparação do mutilado para receber a prótese, preparação essa que exige cuidados especiais desde o tratamento cirúrgico do côto, trenamento inicial, adaptação, métodos de reajustamento, indicações, contraindicações etc.

Além das observações que fizemos naquela instituição, acompanhamos os trabalhos referentes a êsse tipo de prótese no Laboratório de Pesquisas Protéticas do Exército em Washington e no Departamento de Membros Artificais do Hospital Naval de Oakland na Califórnia. A prótese de sucção para os amputados acima do joelho difere da prótese convencional por não possuir cinto pélvico ou suspen-

sório de apoio. Figura 1.

Pequena pressão negativa é suficiente para prendê-la com segurança ao côto, permitindo grande liberdade de movimentos em tôdas as direções e funcionando sob a ação direta e ativa do côto de amputação, sem necessidade do auxílio deselegante e inconfortável do jogo de bacía, como acontece com a prótese convencional.

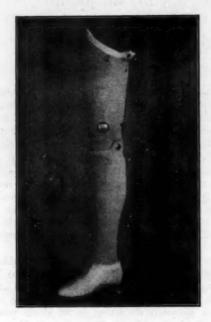


Fig. 1

As primeiras referências históricas sôbre êsse tipo de prótese, datam re 1863, quando Dubois Parmalee de New York fabricou e patenteou uma prótese para amputado acima do joelho, utilizando os mesmos princípios fundamentais do aparelho usado atualmente.

Em novembro de 1865, George Beackok e Terence Sparam do Canadá, requereram uma patente similar. Em 1911, Justin Kay da Califórnia construiu uma prótese de sucção provida de um forro interno de borracha insuflavel e controlado por uma vâlvula. Existe outra patente norte-americana de 1926 para uma prótese de sucção com canais em espiral na parede interna com o objetivo de provocar melhor ventilação e aderência ao côto.

Little na Inglaterra, apresentou em 1926, 11 casos favoráveis de portadores de prótese de sucção. Na Alemanha, na mesma épo-

Reativa e estimula as funções hepáticas na:

- * Insuficiência hepática
- * Intoxicações
- * Cirrose hepática
- * Pré e pós-operatório
- * Urticárias
- * Astenia dos fumantes e convalescentes
- * Hepatopatias agudas e crônicas em geral

I. S. M.

Instituto Sieroterápico Milanese S. Belfanti,

tradição e eficiência em produto opoterápicos,

Relembra-lhe:

SUCO HEPÁTICO

Antitóxico e hepato-protetor contendo "in totum" os enzimas e coenzimas do metabolismo intermédio, responsáveis pela ação desintoxicante.

Apresentação:

CAIXAS COM 5 AMPÔLAS DE 1 CM3

E

VIDROS CONTA-GOTAS DE 30 CM³

LABORATÓRIO FARMACEUTICO INTERNACIONAL S. A.

Rua Jaguaribe, 118 — São Paulo, Brasil Telefone: 51-2779

Consultores Cientificos:

Prof. Dr. W. BERARDINELLI (Prof. de Clínica Médica da Universidade do Brasil)

Prof. A. DE BARBIERI (Prof. de Bioquímica da Universidade de Pavía)

Triunfando atravez dos tempos e de geração, como a linhagem



Cloridrato de	Etilmorfina	0,003	g
Codeina		0,004	8
Tintura de Lo	belia	0,1	g
Tintura de Gr	indelia	0.1	82
Tintura de Cr.	itacgus	0,1	
Agus de Lour	Cereia	0.2	E

ADULTOS: 40 gotas em um cálice de água acucarada, 4 a 5 vezes ao dia, ou segundo critério médico.

CRIANÇAS: · 20 gotas, a critério médico.

MEDICAMENTOS ALOPATICOS NACIONAIS S/A.

PRODUTOS FARMACÊUTICOS

Rua Ruy Barbosa, 377 - Fone 33-3426 - São Paulo

ca, Felix, Kirschner e Dittert, Burchardt, Gocht, Radicke e Schede, apresentaram grande número de casos plenamente satisfatórios.

No grande centro de reabilitação de Roheampton na Inglaterra, foram experimentados 20 aparelhos de sucção em 20 amputados acima do joelho durante o ano de 1929. Há referência de que muitos dêsses amputados usam a mesma prótese até hoje. Pfau afirmou que a prótese de sucção é conhecida na Alemanha há cêrca de 30 anos. Felix, cirurgião de Dusseldorf, refere que a prótese de sucção vem sendo experimentada na Alemanha desde a 1.ª Guerra Mundial e que o seu uso não se tornou extensivo devido à falta de uma válvula tècnicamente satisfatória o que só foi conseguido em 1932.

A prótese de sucção vem sendo usada rotineiramente na zona de ocupação norte-americana na Alemanha e as estatísticas falam em cêrca de 10.000 amputados acima do joelho aparelhados por

êsse processo naquêle país.

Em 1946, o govêrno norte-americano enviou à Europa uma comissão com o objetivo de observar os progressos no setor da prótese ortopédica. Desde o início dos trabalhos, aquela comissão mostrou-se magnificamente impressionada com o sucesso do emprego da prótese de sucção nos centros de reabilitação da Alemanha. Em conseqüência, o Conselho Nacional de Pesquisas através do Comité de Membros Artificiais, instituiu um programa de estudos afim de determinar as possibilidades e limitações da prótese, dentro do objetivo geral de fornecer ao amputado norte-americano o melhor e mais eficiente tipo de aparelho mecânico para satisfazer as suas necessidades pessoais, sociais e econômicas, reintegrando-o assim na sociedade produtiva.

Nessa ocasião foram mobilizados os recursos da "Veterans Administration" com a colaboração do Exército, Marinha, Centros

de Amputação e Indústria Civil de Membros Artificiais.

Até Setembro de 1947 foram aparelhados 52 mutilados, escolhidos em 10 localidades diferentes do país, para verificação na influência das condições climatéricas. Trinta e sete pacientes usaram regularmente a prótese de sucção de 3 a 14 meses, perfeitamente adaptados ao uso do aparelho e sem o desejo de retorno ao uso da prótese convencional. Nove usaram alternadamente os tipos convencional e de sucção devido a adaptação defeituosas, desordens nervosas ou falta de cooperação. Os seis remanescentes fracassaram por razões psicológicas.

No Centro de Amputação do Hospital Naval de Oakland na Califórnia, foram experimentados 100 aparelhos de sucção desde novembro de 1946 dos quais, 10 falharam totalmente devido à falta de habilidade, razões psicológicas, perturbações funcionais da bacia e da perna oposta, sendo que, êsses pacientes foram selecionados entre amputados recentes e também portadores de deformidades incluídas nas limitações e contra indicações para o uso do

processo.

Contraindicações. — Osteomielite aguda. Cicatrizes profundas e aderentes ao nível da extremidade proximal da prótese desde que não sejam passíveis de correção cirúrgica. Lesões graves da pele. Fatores psicológicos.

Fatôres especiais que não contraindicam a prótese. — Lesões associadas da perna oposta. — Em geral de pequena importância desde que o contrôle superior da prótese tenha uma adaptação perfeita.

Cicatrizes profundas ou aderentes abaixo do nível superior da prótese. — Essas cicatrizes podem provocar sensações desagradáveis de repuxamento. Há necessidade nesses casos, de um contrôle rigoroso por parte do cirurgião ortopedista, principalmente na fase inicial.

Exostoses. - De fácil remoção cirúrgica.

Moléstias arteriais com circulação deficiente. — A prótese de sucção proporciona uma melhor distribuição do trabalho muscular do côto e da perna remanescente e como consequência haverá maior atividade circulatória.

Fragilidade capilar. — Geralmente provocada pela deficiência de vitamina C. Casos houve adaptados à prótese sem correção dessa deficiência, com resultados satisfatórios.

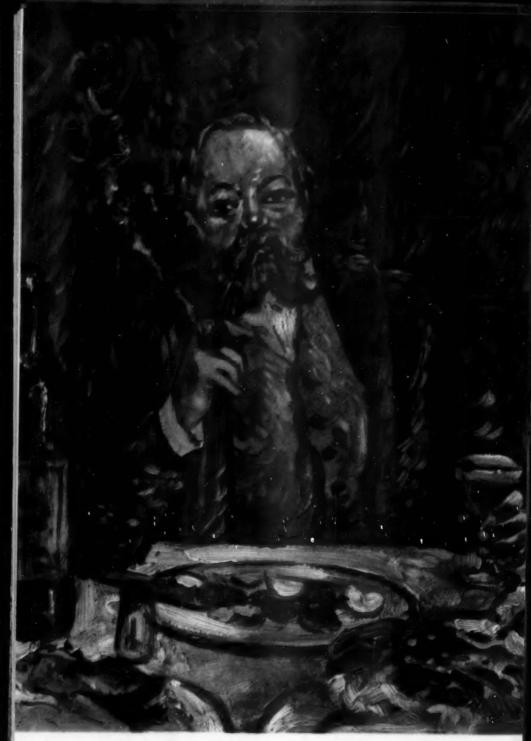
Côto curto. — O comprimento não é fator de grande importância e a favor dessa afirmativa há o caso da adaptação da prótese em um côto com dois centímetros e meio de comprimento segundo observação do Dr. Thomas Canty do Hospital Naval de Oakland. Nesse mesmo hospital foi possível a adaptação de um aparelho de sucção, em amputado bi-lateral com côtos extremamente curtos. Esse paciente não conseguiu resultados anteriormente, usando a prótese convencional. Com a prótese de sucção, auxiliada por um cinto pélvico, foi possível fazê-lo andar com relativa facilidade longas distâncias.

Idade — Também não é contraindicação. Há exemplo de numerosos amputados com mais de 70 anos perfeitamente adaptados à prótese de sucção. Na nossa casuística já existe um amputado com 72 anos, aparelhado por êsse processo.

Amputados com peso excessivo. — Há exemplos de ótima adaptação em amputados com mais de 120 quilos de peso.

VANTAGENS DO PROCESSO DE SUCÇÃO SÓBRE A PRÓTESE CONVENCIONAL

- a) maior liberdade de movimentos em tôdas as direções;
- b) supressão do cinto pélvico e suspensórios de apôio;



Resinacid C

Refeição substancial sem sintomatologia gástrica

Resinacid C

Resina poliaminometilenofenólica com provitamina C

Este medicamento *novo*, mas já largamente experimentado, agindo pelo mecanismo de intercâmbio aniônico, absorve as valências ácidas do estômago, transferindo-as para o meio alcalino intestinal, onde se transformam em sais necessários ao perfeito metabolismo mineral.

CARACTERÍSTICAS:

É de sabor agradável, de alta atividade antiácida e capaz de assegurar pronto alívio sintomático e todas as condições para acelerar a cicatrização das úlceras gastroduodenais.

Não provoca alcalose, perturbação do metabolismo mineral, perda de iônios cloro e fósforo, alteração do equilíbrio acidobásico, transtorno no aproveitamento de vitaminas e na nutrição, diarreia, constipação ou eructações.

Contém provitamina C, substância neutra e estável, que, não sendo ácida como o ácido ascórbico, não irrita a mucosa gástrica. Transformando-se no organismo em vitamina C, aumenta a resistência capilar, facilita a coagulação do sangue, corrige a carência e acelera a cicatrização das lesões ulcerosas.

Absolutamente atóxico.

"Deve-se concluir, portanto, que uma resina de intercâmbio aniônico deste tipo constitui valiose aquisição para o tratamento sintomático da úlcera gastroduodenal..." (Mark: Rev. of Gastrent., 16, 82, 1949).

- INDICAÇÕES Hipercloridria Pirose Eructação Hiperacidez da gestação Gastrite hiperácida Úlcera gástrica Úlcera duodenal Colites por fermentação ácida.
- DOSE Na hiperacidez simples, 1/2 1 g uma hora depois das refeições e durante a crise dolorosa. Nas úlceras gástrica e duodenal, doses repetidas regularmento cada uma ou duas horas.
- APRESENTAÇÃO Frasco de 30 g de pó, acompanhado de uma medida (= 1 g).

 Frasco de 40 comprimidos de 0,25 g.



INSTITUTO LORENZINI



- c) desaparecimento da sensação de peso morto quando a adaptação é perfeita e o amputado passa a ter a impressão de que a prótese faz parte integrande do próprio corpo;
- d) grande redução da ação de pistão (fenômeno muito acentuado na prótese convencional);
- e) não há necessidade de meia de proteção;
- f) ausência de atrito da pele nas paredes da prótese;
- g) o uso ativo da musculatura do côto determina um desenvolvimento muscular rápido (o fenômeno observado com o uso da prótese convencional é inverso);
- h) a pequena pressão negativa necessária para prender a prótese ao côto não perturba a circulação.

Os insucessos observados com a prótese de sucção decorrem principalmente de casos de instabilidade psíquica. O cone de recepção requer a mais rigorosa adaptação e alinhamento e o amputado deve aprender a colocar o côto no aparelho de acôrdo com as regras já consagradas pela experiência. Há um período inicial de desconforto isquiático que desaparece gradualmente com a adaptação dos tecidos moles ao apoio isquiático do aparelho.

O tempo necessário para um amputado aprender a andar com a prótese de sucção é muito maior do que o requerido para a prótese convencional, sendo que, para um amputado recente que ainda não tenha usado nenhum aparelho, êsse período de adaptação é bem menor. Quando amputado começa a usar efetivamente o côto para controlar o membro artificial, começa o desenvolvimento muscular e como consequência, surge a necessidade de readaptações. Devese notar, entretanto, que, há um período inicial de retração do membro devido ao desaparecimento dos edemas, seguido de sensível reativação da circulação colateral. Esse fenômeno poderá requerer a adição de uma camada de apoio afim de que a sucção e consequentemente a estabilidade do aparelho, não sofra modificações.

Outro inconveniente observado com a nova prótese é a sudorese abundante do côto. Esse inconveniente é comumente observado entre nós, principalmente no verão. O uso de válvulas com dupla saída de ar ou de saquinhos contendo cristais de "silicagel" (substância altamente absorvente da humidade), depositados no fundo do aparelho, removem esse contratempo. Ruidos desagradaveis e anti-sociais são provocados por adaptação incorreta ou

uso de válvula defeituosa.

ALGUNS DETALHES DA CONSTRUÇÃO DA PROTESE

A matéria prima preferentemente empregada pelas industrias norte-americana e alemã na construção da prótese de sucção tem sido a madeira. O programa experimental realizado no Centro de Reabilitação de Roheampton (Inglaterra) utilizou o alumínio para a construção das suas próteses. Os autores alemães, norte-americanos e inglêses, entretanto, não contraindicam nenhuma matéria prima e não fazem referências às influências climáticas para a escolha preferencial dêste ou daquêle material. A preferência pela madeira, de acôrdo com os autores norte-americanos, encontra justificativa no fato de ser mais fácil fazer alterações na madeira do que nos metais e substâncias plásticas. O duralumínio foi objeto de especial interêsse do artífice ortopedista que acompanhou-nos no curso da "Veterans Administration" de New York. Esse artífice construiu uma prótese de sucção em duralumínio com resultados plenamente satisfatórios considerando-se principalmente o fato de ter sido uma simples tentativa e de ter sido a primeira prótese em duralumínio contruída nas oficinas daquela Instituição. Esse fato deu motivo a manifestações de aplauso por parte dos diretores da oficina, principalmente pela grande habilidade que o Sr. Diciunas demonstrou na solda do duralumínio com acetileno. Em consequência, as próteses construídas no Brasil até agora pela firma Bralit da qual o Cr. Diriunas é orientador técnico, tem sido de duralumínio e os resultados já observados em algumas dezenas de casos continuam sendo satisfatórios. A madeira do salgueiro utilizada pelos americanos e alemães já está sendo utilizada por firmas estabelecidas aqui, para a construção da prótese de sucção. Em São Paulo existe a oficina do Sr. Vicente Váttimo e no Rio a do Sr. Hoegmann, ambas especializadas na modelagem de próteses de madeira e aproveitando as vantagens oferecidas pelas circulações de joelho jupa de bloqueio, que permitem a estabilidade do mutilado com a articulação em semi-flexão. Essas articulações não podem ser adaptadas às próteses metálicas. São importadas da Alemanha e quasi totalmente construídas de madeira.

O entalhe pode ser feito num blóco de madeira com dimensões apropriadas de acôrdo com a estatura do mutilado ou então ajustando seis pedaços de madeira com 30 a 40 centímetros de comprimento, por cerca de 10 de largura e 4 de espessura formando um exágono regular, colados entre si e prensados durante aluns dias. O entalhe é feito pelos métodos comuns. Esse processo é usado como rotina do Departamento de Membros Artificiais do

Hospital Naval de Oakland.

De maneira geral, são as seguintes as exigências primárias para o material destinado à prótese de sucção:

a) facilidade de moldagem;

 b) possibilidade de se conseguir uma superfície lisa, fácil de manter limpa e bem tolerada pela pele;

 c) possibilidade de se adaptar a ulteriores alterações requeridas pelo côto.

A prótese de madeira é entalhada e modelada individualmente. Entretanto, um molde padrão pode ser usado no início do entalhe



DRENAGEM MÉDICA DAS VIAS BILIARES

"A antisepsia biliar não é possivel sinão pelo fluxo da bile" (Fiessinger N.). Para desinfetar é preciso drenar. • "A estase biliar lesa a célula hepática porpue a estase se propaga até ela. (Congresso da Insuficiência Hepática. Vichy 1937). • Para impedir a litíase é preciso impedir a estase e a infeção que são, além do fator humoral fundamental, os dois grandes fatores da litíase. • Drenase aplica e respeita êstes grandes princípios da terapêutica hepáto-biliar.

 Drenase é apresentada sob a fórma de granulado soluvel, comportando para 100 partes:
 30 partes de citrato de magnésia;
 10 partes de peptona;
 40 partes de lactoserum,
 e açucar.

- O citrato de magnésia possue a mesma ação qualitativa que o sulfato, porém não tem sôbre o epitélio intestinal a sua ação irritante.
 Tomar em jejum uma a duas medidas de Drenase, em meio copo d'agua morna.
 Deitar-se em seguida 10 minutos sôbre o lado direito, e aguardar meia hora antes da primeira refeição.
- CONGESTÃO HEPÁTICA. LITÍASE HEPÁTO-BILIAR. ICTE-RÍCIA. DISPEPSIAS HEPÁTO-BILIARES. ALERGIA DIGESTI-VA. ENXAQUECAS. URTICÁRIA. EDEMA DE QUINCKE.



STREPTONAZID

Diidro-estreptomicina e Hidrazida do ácido isonicotínico

Indicada no tratamento de tôdas as formas clínicas da tuberculose, incluindo-se as afecções ósseas e das meninges.

EMBALAGEM

Caixa contendo um frasco de 1 g de Diidro-estreptomicina e uma ampola de 5 cm3 de solução a 0,25 g de Hidrazida do ácido isonicotínico.



a marca de confiança

RHODIA

Caixa Postal 8095 - São Paulo, SP

de todos os aparelhos, ao nível do isquio. A medida do perímetro ao nível da préga glutea fornece as dimensões do molde sendo que, modificações específicas serão feitas posteriormente, para cada caso. Um corte da coxa ao nível da tuberosidade isquiática (fig. 2) revela que os músculos gluteos, adutores e quadriceps formam aproximadamente uma figura quadrangular e a prótese nessa região deve ser entalhada e modelada obedecendo essa fórma geométrica afim de ser evitada a compressão excessiva dêsses músculos e conseqüentemente vasos e nervos.

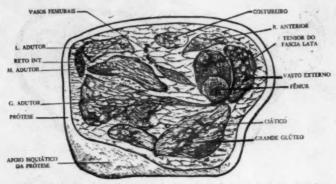


Fig. 2

Corte da coxa ao nível da tuberosidade isquiática. Relações das partes moles com a prótese.

(Prosthetic Devices Research Project, University of California).

Um exame cuidadoso do côto relacionado com êsses fatores, ajudará a obterse um molde exato, de fórma e dimensões corretas. As causas de erro são muito comuns nos côtos flácidos, com pequeno desenvolvimento muscular e nos côtos curtos e cilíndricos.

A face anterior da prótese deve ser adaptada para receber a massa dos músculos longo adutor, réto anterior e costureiro. A lateral interna aloja o longo, médio e grande adutores. A lateral externa aloja o relèvo do grande trocanter, vasto externo, tensor do facia lata e parte do grande gluteo e a face posterior aloja a maior parte da massa do grande gluteo.

O assento isquiático deve ser localizado imediatamente abaixo da tuberosidade isquiática como mostra a figura 3 onde podemos observar as relações dos ossos pelvianos com a prótese, visto de baixo para cima. Constitui um dos principais pontos de apoio do corpo e a avaliação individual das suas dimensões do aparelho.

As dimensões exatas serão obtidas durante o período de adaptação, de acôrdo com as informações fornecidas pelo paciente.

A face externa da prótese deve ser em geral mais alta do que o nível do assento isquiático. Sendo excessiva, prejudicará

294

os movimentos de flexão e abdução do membro artificial. Um ajuste demasiado na face anterior provocará a rotação externa do pé quando o calcanhar toca o solo para iniciar o passo.

Logo nas primeiras semanas de uso efetivo da prótese é previsto um aumento do contorno interno de acôrdo com o desenvolvimento muscular do côto. Nos côtos atrofiados, entretanto, a face interna deve ser alta devido ao uso reduzido dos adutores, principalmente no início do treinamento.

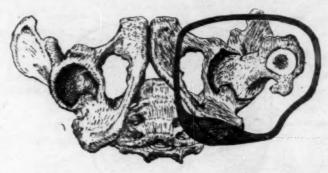


Fig. 3

Relações do osso ilíaco e fémur com a prótese ao nível do isquion vistos de baixo para cima.

(Prosthetic Devices Research Project, University of California).

Há necessidade da existência de um espaço livre de 5 centímetros no mínimo, abaixo da extremidade distal do côto. Nêsse espaço deve ser instalada a válvula reguladora da pressão negativa e destina-se também a servir de depósito para os saquinhos contendo cristais de "silica-gel" e dar passagem à stockinete, durante as manobras de instalação da prótese como veremos mais adiante.

VALVULAS

Vários tipos de válvula têm sido utilizados para a prótese de sucção, com bons resultados. As de contrôle manual, para a expulsão do ar em excesso são usadas correntemente. As de circulação automática são indicadas durante o verão para evitar a sudorese abundante. A face antero-interna da prótese é o local indicado para a colocação da válvúla por ser de fácil acesso para o amputado. As válvulas de contrôle já estão sendo fabricadas em série pela "Ortopédica Bralit" desta praça, com resultados plenamente satisfatórios, já observados em várias dezenas de casos.

MÉTODO PARA INSTALAR A PROTESE

1.º tempo — Proteção do côto com uma meia de malha de algodão (stockinette) até a raiz da coxa, devendo sobrar além da extremidade distal do côto, de 20 a 30 centímetros de tecido. Figs. 4 e 5).



Fig. 4

Fig. 5

2.º tempo — Retirada da válvula. Introdução do côto na prótese e ao mesmo tempo exteriorização da sobra da stockinette pelo orifício da válvula (Fig. 6).

3.º tempo — Retirada da stockinette pelo orfício da válvula. (Fig. 7).

4.º tempo - Colocação da válvula. Fig. 7).

A figura 8 mostra-nos as relações da face posterior da prótese com a massa dos gluteos e tuberosidade insquiática e a figura 9, a prótese vista de frente.

O paciente fotografado é um soldado do Exército. A prótese foi fabricada pelo artífice-ortopedista Diriunas técnico da firma Bralis

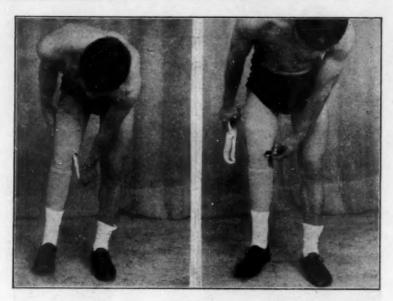


Fig. 6

Fig. 7

CONTROLE DA PRESSÃO NEGATIVA

A medida da pressão negativa necessária à fixação da prótese ao côto é determinada por um manômetro que fornece indicações em libras por polegada quadrada. O manômetro utilizado por nós é fabricado pela firma "Sierra Engeneerig Company" da Califórnia. A sua adaptação à prótese é simples, os dados numéricos indicados no mostrador fornecem uma margem de garantia segura para uma boa adaptação do membro artificial.

O contrôle da pressão deve ser feito principalmente no período

inicial de treinamento.

A pressão negativa exigida para prender a prótese sem provocar perturbações circulatórias no côto, deve oscilar entre 1 (uma) a 1½ (uma e meia) libras por polegada quadrada. Um excesso de pressão indica má adaptação. A pressão insuficiente não proporciona a estabilidade necessária.

PISTA DE TREINAMENTO

O período inicial de utilização da prótese de sucção exige observação cuidadosa por parte do médico, do artífice e vontade de cooperar por parte do mutilado que atravessa outra fase da sua vida, aprendendo novamente a andar.



Leite em pó completo, acidificado, adicionado de amido pré-cozido e açúcares selecionados.

Encerra a gordura e os demais elementos do leite de vaca integral com a digestibilidade grandemente facilitada 4 pela acidificação.





PERTIRAN

FILIAIS:
RIO DE JANEIRO
PÔRTO ALEGRE
BELO HORIZONTE
RECIFE-SALVADOR
CURITIBA

Ind. Farm. Endochimica S. A. S. F. E. P. INSCRIÇÃO 159

MATRIZ:

Avenida Sto. Amaro, 1239 - S. Paulo

END. TELEGRÁFICO
"ENDOCHIMICA"
TELEFONE 8-2138
CAIKA POSTAL 7230

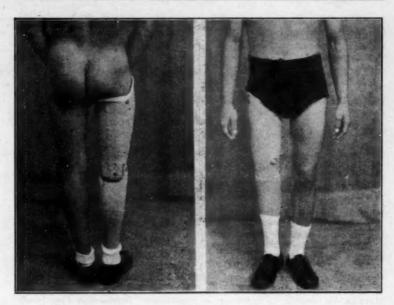


Fig. 8

Fig. 9

Os oficinas de prótese ortopédica, os centros de reabilitação e os hospitais especializados, devem possuir "pistas de treinamento" onde o mutilado do membro inferior possa dar oito passos no mínimo, para observação das falhas de construção, alinhamento da prótese em relação aos eixos anatômicos, queixas do paciente e anormalidades do passo.

Essas pistas, providas de corrimões paralelos de apôio para os membros superiores e espelhos com cêrca de 2 metros de altura nas suas duas extremidades, facilitam a correção das falhas da marcha do mutilado, pela sua própria observação nos espelhos.

PRÓTESE DE SUCÇÃO PARA OUTROS TIPOS DE AMPUTAÇÃO

Tivemos oportunidade de observar no Centro de Amputação do Hospital Naval de Oakland vários amputados abaixo do joelho, portadores de prótese de sucção, em caráter experimental. Os resultados obtidos até agora são bastante promissores apesar de ainda não ter sido possível a solução de alguns problemas técnicos referentes ao material. Ha perspectivas de que, em futuro próximo, a prótese de sucção para os amputados abaixo do joelho será uma realidade.

A prótese de sucção também tem sido experimentada naquele Centro para os amputados abaixo e acima do cotovelo, com resultados relativamente satisfatórios para os últimos.

FONTES DE CONSULTAS

EARLE H. DANIEL - Amputation Prosthetic Service - 1950.

AUGUSTUS THORNDIKE - Suction Socket Prosthesis for Above - Knee Amutees. "American Journal of Surgery". Novembro de 1949.

THORNSDIK and SBERARTH - Suction Socket Prosthesis for Above - Knee Aputation. "American Journal of Surgery". Novembro de 1950.

T. J. Canty and Ware — Suction Socket Prosthesis for Above Knee Prosthe-

sis. "United States Naval Medical Bulletin". Março-Abril, 1949.

L. T. PETERSON - Report on European Observations. "Commission on Amputations and Prosthesis".. Maio de 1946.

H. H. Kessler - The Principles and Pratices of Reabilitation. 1950.

Prosthetic Devices Research Project — University of California — The Suction Socket Above Knee Artificial Leg. "Preliminary Report". Setembro de 1947. Department of Medicine and Surgery — Qrosthetic and Sensory Aids Service —

- "Information Bulletin". Março de 1950 - Mevereiro e Maio de 1951.

Comittee on Artificial Limbs-National Researche Council - Terminal Research Reports On Artificial Limbs. Abril de 1945 a Junto de 1947.

University of California Press. 3rd ed. Berkeley - The Suction Socket Above Knee Artificial Leg. - 1949.

MAURICE VILLARET e C. ROEDERER - Appareillage. Reéducation Fonctionelle et Réadaptation Professionnelle des Blesses et Accidentes. Paris, 1923.



NAS AFECÇÕES CRÔNICAS E AGUDAS DO FÍGADO, RESPECTIVAMENTE, HEPATOXIDIN E NIACINAMIDA PINHEIROS

> NA PREVENÇÃO E TRATAMENTO DA ARTERIOSCLEROSE,

> > P. O. L.
> >
> > (PRINCÍPIOS DXI-LIPOTRÓPICOS)
> >
> > PINHEIROS

BEGLUCIL

VITAMINA B1 - GLICOSE - VITAMINA C

Ampolas de 10 e 20 cm3

Fórmula e processo de fabricação patenteados sob n.º 29.269

NORMAL

Cada 10 cm3 contem:

Vitamina B1 0,005 g: 1.650 U.I. Vitamina C 0,05 g: 1.000 U.I. Cloridrato de cisteina 0,01 g

Glicose a 50%

FORTE

25%

Cada 10 cm3 contem:

 Vitamina Bl
 0,0125 g: 4.125 U.I.

 Vitamina C
 0,25 g: 5.000 U.I.

 Cloridrato de cisteina
 0,01 g:

 Glicose a 25%

Feliz associação das Vitaminas Bl e C ao soluto de glicose a 50% e 25%. Soluto estabilizado por processo científico, que mantem todas as propriedades das vitaminas, sem perigo de intolerância ou choque. pH fixo. Conservação indefinida.

INDICAÇÕES — Úlcera gastro-duodenal. Polinevrites. Dores anginosas. Herpes. Doenças infecciosas, Afecções pulmonares. Perturbações do metabolismo dos hidratos de carbono e das gorduras e suas consequências. Gripe. Pneumonia.

MODO DE USAR - 1 injeção diária, intravenosa.

APRESENTAÇÃO — Caixa com 5 ampolas de 10 cm3 5 ampolas de 20 cm3

Hospitalares com 25 e 50 ampolas

0

LABORATÓRIO XAVIER JOÃO GOMES XAVIER & CIA. LTDA.

Rua Tamadaré, 984 — Rua Tamandaré, 558 — SÃO PAULO — BRASIL

Representantes nos demais Estados.

Depósitos Rio de Janeiro Pôrto Alegre Belo Horizonte Curitiba Uberlàndia

Consultores científicos:
Prof. Dr. Dorival da Fonseca Ribeiro
Prof. Dr. Genésio Pachieco

O problema do mutilado

Ten. Cel. YEDDO J. BLAUTH
Do Serviço de Saude do Exército, Rio de Janeiro.

O mutilado é um indivíduo que sofreu amputação, e sua readaptação constitui um problema especializado cuja solução demanda tempo, e a intervenção coordenada de vários especialistas, preferentemente trabalhando em equipe.

Quando se fala em tempo e em especialistas, evidentemente fala-se também em dinheiro, que deve provir, parte do Estado, parte da iniciativa privada.

A readaptação só se pode considerar completa quando o mutilado é devolvido à sociedade, apto para trabalhar, capaz de ganhar, no mínimo tanto quanto antes, e sem complexos inibitórios.

Sendo a amputação em geral um ato cirúrgico simples, si comparado a complexidade dos problemas trumatológicos, diàriamente encarados pelos médicos ortopedistas, há uma natural tendência em considerar o caso encerrado com a retirada dos pontos de um coto satisfatório. Entretanto, aí é que começa o drama do mutilado.

Sentindo-se sadio e curado, com as fôrças a lhes voltarem, deixa de pensar meramente na sobrevivência e concentra-se em pensar no que lhe reserva o futuro. Falta-lhe um ponto de apôio; a perna sôbre que andava, ou o braço, alavanca com a qual movia suas ferramentas de trabalho.

Ao pensar melancólicamente nessa realidade, não raro entra o mutilado em fase de depressão nervosa da qual só lentamente se recupera. Essa fase depressão, na maioria dos casos, pode e deve ser evitada, quer pela ação do psiquiatra, quer pelos conselhos esclarecidos de qualquer membro da família que tomar a si o encargo de estudar e situar o problema de readaptação do paciente.

Sabedor de que o uso de uma prótese restaurará, embora parcialmente as funções perdidas, surge naturalmente o problema do fortalecimento do côto pelo fisioterapista, e a confecção e adaptação da prótese pelo artífice-ortopedista.

Durante esta fase de exercícios e confecções de aparelho, voltase a atenção para o problema da volta ao trabalho, e naturalmente entra em cena o Assistente Social, que agirá em função dos desejos e aptidões demonstrados. Feito e adaptado o aparelho, êste deve ser examinado e aprovado pelo médico cirurgião, que já foi ouvido quando da escolha

do tipo adequado de prótese.

Há muitos tipos de prótese para o mesmo caso, e a escolha será baseada no emprègo ulterior, estado geral do paciente, idade, e natureza do côto, pelo que, na escolha, devem opinar, o paciente, o médico e o artífice.

Normalmente o treino que visa a perfeita utilização da prótese é feito sob a orientação de um instrutor, em pistas ou recintos apropriados, com a supervisão do fabricante e exames periódicos do côto pelo médico. Modificações surgem no coto, em função do uso continuado de alguns músculos, com sua consequente hipertrofia; assim como atrofia de outros, pelo repouso a que foram condenados. Estas modificações do coto obrigam a constantes retoques da prótese, até o côto atingir sua forma definitiva, o que ocorrerá entre 4 e 6 meses depois do início do uso do aparelho, tempo que em geral, o mutilado de perna necessita para aprender a correta utilização do aparelho. Nos casos de braço, o aprendizado é mais fácil e rápido, sendo as modificações do côto menos pronunciadas.

Nêste rápido bosquejo vimos a necessidade da intervenção de uma numerosa equipe composta de cirurgião, psiquiatra, fisioterapista, assistente social, artífice e instrutor, que sempre que possível devem trabalhar em harmonia.

E porque nós ainda não nos convencemos disto, é que no Brasil, ou o mutilado é rico e assegura sua própria reabilitação, ou é pobre e fica condenado a vender bilhates de loteria ou, mais triste ainda, a extender a mão à caridade pública.

E, assim como o doente grave baixa ao hospital especializado, assim o mutilado, si o quisermos ver realmente readaptado e devolvido à sociedade deve poder baixar a um Centro Ortopédico para Mutilados, pois doutra forma talvez transformar-se-á em um marginal da vida.

Evidente que quanto mais perfeita for a prótese, maior será a recuperação e menor o problema de readaptação. Entretanto; sem um programa coordenado de pesquisas, os progressos serão necessáriamente lentos, dispersos empíricos. Ainda aqui mostra-se nitidamente a importância da existência do Centro Ortopédico para Mutilados, que reservaria parte dos seus fundos para pesquisas.

Desejo também ressaltar que em um Centro, o trabalho em equipe seria encorajado e tornar-se-ia com facilidade uma rotina normal. Assim como há hospitais para tuberculosos, leprosos, cancerosos, doentes mentais e etc., deve haver um Centro para mutilados. Deixo de propósito de citar o nome Hospital, porque o mutilado é um ser com deficiência física, e não fisiológica, tendo sua cura, ou readaptação, aspectos peculiares, sendo pontos importantes uma boa prótese e a recuperação da alegria de viver.



L.P.B.

ESPASMOCLASE L. P. B. antiespasmódico e analgésico a base de:

- * CLORIDRATO DE PAPAVERINA
- * BROMOMETILATO DE HOMATROPINA
- * AMINOPIRINA
- * FENOBARBITAL
- Elimina segura e ràpidamente a dôr produzida por espasmos da musculatura lisa.
- Não dá secura na boca, como os preparados similares a base de beladona ou de atropina.
- Combate a hipermotilidade e a hipersecreção gástrica.

ESPASMOCLASE L.P.B. constitue pois o meio mais eficaz de tratamento nas afecções dolorosas das vias biliares (cólicas hepáticas), do aparelho genito-urinário (cólica renal, ureteral, cistites, dismenorréia) e do aparelho digestivo (entero-colites); como coadjuvante, é indicado no tratamento da úlcera gastro-duodenal.

Modo de usar:

ESPASMOCLASE ORAL: 20-30 gôtas, 2 a 3 vezes por dia, conforme prescrição médica.

ESPASMOCLASE INJETÁVEL: uma ou mais ampolas diárias, por via intramuscular, de acôrdo com a indicação médica.

Acondicionamento:

ESPASMOCLASE ORAL: Vidro conta-gôtas de 15 cm³.
ESPASMOCLASE INJETÁVEL: Amps. de 2 cm³, em coixos de 5 e 50 gmps.

DEPARTAMENTO DE PROPAGANDA

LABORATÓRIO PAULISTA DE BIOLOGIA S/A

RUA SÃO LUIS, 161 - SÃO PAULO - BRASIL

Assim pois, um Centro Ortopédico é um misto de hospital,

local de recreio, escola e fábrica.

Não se deve menosprezar a importância social da readaptação do mutilado. Um mutilado inibido por complexos e que se tranca em sua casa, é um pêso morto para a coletividade, sendo um mero consumidor, nada dando em troca do que recebe. E' pois um elemento negativo que pode transformar-se pela readaptação, em um membro ativo da sociedade, cooperando com a sua parcela para a fartura coletiva. E todos nós sabemos como, no Brasil, é angustiosamente importante o problema da fartura coletiva.

Para documentar com fatos a eficiência da pesquisa sistemática, basta verificar o que ocorreu nos E. U. A. N., onde, entre as duas guerras, os progressos protéticos foram mínimos, e em apenas 5 anos de pesquisas sistemáticamente dirigidos pelo Comité dos Membros Artificiais surgiram aperfeiçoamentos revolucionários alguns já incorporados ao desenho e construção das próteses, como a mão de tensão variável, com luva plástica; a pinça de tensão variável; a perna para amputado acima do joelho, com estojo de sucção, ação de joelho com decelerador de passada e tornozelo com movimento integral; a pinça e a mão Northrop com movimento de flexão do punho; o antebraço controlável para amputado acima do cotovelo (Northrop) e etc.

Em fase experimental temos lá a perna hidráulica e o braço

elétrico.

Dessa unificação de pesquisas surgiu a oportunidade da cineplastia, com o aparecimento de aparelhos cineplásticos. Cirurgiões e artífices trabalharam em equipe para perfeita correspondência entre a técnica operatória e a confecção de aparelhos, fazendo com que o cirurgião se preocupasse em preparar o côto, visando o uso

da prótese.

Seria ocioso repetirmos aqui as pesquisas feitas alhures, mas mesmo para acompanharmos simplesmente o progresso internacional, torna-se necessário um ativo e continuo intercâmbio. Por outro lado precisamos de elementos para verificação da viabilidade das idéias que surgirem, oferecendo, dest'arte, nossa parcela de cooperação ativa.

Esse intercâmbio e essas pesquisas só poderão ter lugar, com

benefícios gerais, si surgir o Centro Ortopédico Brasileiro.

O Poder Público já pensou no problema, pois há no Senado, um projeto de lei que cria o Serviço Nacional de Readaptação (S.

NRI

O Centro Ortopédico será um complemento, pois enquanto que o Serviço Nacional de Readaptação tratará da readaptação, sob o ponto de vista social e será um órgão especificamente Federal, o "Centro" visará, sobretudo a confecção e adaptação das próteses, e será uma sociedade particular, que embora inicialmente subvencionada, será efetivamente a contribuição da iniciativa privada para a solução de tão importante quão até agora descurado problema.

Como primeira sugestão, lembro então a necessidade da criação de um Centro Ortopédico para mutilados. E como segunda sugestão, essa para resultados imediatos, lembro que a Sociedade Brasileira de Ortopedia, deveria pleitear Junto ao Conselho Nacional de Economia e ao Diretor da Carteira de Exportação e Importação do Banco do Brasil, permissão para os fabricantes de aparelhos ortopédicos importarem, independente de licença prévia e com prioridade cambial, tudo o que for necessário para que seja possível equipar os mutilados, com próteses que sejam realmente de boa qualidade.

Como exemplos:

Creio ser conveniente que nossos artífices-ortopedistas importem dos E. U. A. as luvas plásticas, as pinças e mãos de tensão variável, a articulação Northrop de cotovelo e etc., pois como já foi dito, si muita coisa pode ser feita aqui, outras há cuja manufatura constituirá iniciativa ruinosa, pois só a maquinária necessária para a fabricação adequada de luvas plásticas custa US\$ 60.000,00 (sessenta mil dólares), ou seja, 1 milhão e duzentos mil cruzeiros ao câmbio oficial.

Uma vêz as partes aqui, elas seriam montadas e adaptadas pelos nossos artífices que assegurariam assistência técnica para eventuais

reparos.

Indico também, quando for o caso, a importação de novos tipos, para estudo de suas características e consequente fabricação.

Com o fito de evitar-se o uso indevido da concessão pleiteada para os artífices, sugiro que todos os pedidos sejam submetidos à consideração e aprovação da SBOT (Sociedade Brasileira de Orto-

pedia e Traumatologia).

Entretanto, para que êsse intercâmbio inicial tenha lugar, é necessário que existam facilidades de importação e que o fantasma da licença prévia seja removido, afim de que, dessa salutar troca de conhecimentos, resulte a consoladora certeza de que os mutilados brasileiros serão providos de aparelhos tão bons como os melhores feitos no estrangeiro, sem a melancólica necessidade de para tanto ter que se afastar do território pátrio.

Acaba de aparecer:

ESTUDOS CIRÚRGICOS

6. Série

Pedidos ao autor

DR. EURICO BRANCO RIBEIRO
Caixa Postal, 1574 São Paulo

PREÇO Cr\$200,00

MEDICAÇÃO ANTI-ESPASMÓDICO VASCULAR

URILENE CARDIORENAL

DRÁGEAS

com RUTINA

Salicilate duple de teobremina e sédio	0,20 g.
Acetato duplo de teofilina e sódio	0,10 g.
Cila em pó	0,05 g.
Rutina	0,02 g.
	0,01 g.
Excipiente gan 1 drágen	

DIURÉTICO. CARDIOTONICO.
ANTI-DISPNEICO.
Afecções Cardio-Renais.
NORMALIZADOR DA FRAGILIDADE
CAPILAR.
Rupturas vasculares na hipertensão e
arterioesclerose.

URILENE PAPAVERINA

DRÁGEAS

Cloridrato de papaverina	0,03	g
l'eobromina - salicilato de sódio	0,20	g
Feofilina acetato de sódio	0,10	g
Penil etil malonii-uréia	0,01	g
Cila (pó)	0,05	g
Excipiente q.s.p. 1 dráges		_



ANTI-ESPASMÓDICO VASCULAR DILATADOR DAS ARTERIAS CORONÁRIAS

Alecções agudas e crônicas das artérias coronárias. Fase luncional da hipertensão. Alecções das artérias periféricas (trombose e embolia). Angioespasmos cerebrais.

LABORATÓRIOS ENILA S. A. · R. RIACHUELO, 242 · C. P. 484 · RIO



Seus "clientezinhos" gostarão de tomar Rubraton

Rubraton oferece terapêutica completa para a maioria das anemias da primeira infância, infância e puberdade. Rubraton apresenta a vitamina B12, ácido fólico e ferro, num elixir de baixa concentração alcoólica e sabor agradável... Pode ser tomado puro, com água, ou suco de frutas.

"Rubraton" é a marca registrada da E. R. Squibb & Sons

Cada colher de chá (5 cm³) de Rubraton contém:

Vitamina B₁₂ 4,17 microgramas Ácido Fólico 0,28 miligramas Citrato Ferro Amoniacal 220 miligramas

Rubraton

Elixir de Vit. B.o, Ácido Fólico e Ferro

UM PRODUTO

SQUIBB A SERVIÇO DA CLASSE MÉDICA DESDE 1858



Centro Ortopédico Brasileiro

(ANTE-PROJETO)

CRIA O CENTRO ORTOPÉDICO BRASILEIRO

O Centro Ortopédico Brasileiro, por abreviatura C. O. B., inicialmente será um órgão federal, de amplitude nacional, ou será colocado sob o patrocinio do S. N. R. (Serviço Nacional de Readaptação — projeto em discussão no legislativo) ou do C. A. M. (Centro de Assistência aos Mutilados — já existe, sendo uma dependência do Ministério de Educação e Saúde), devendo mais tarde tornar-se independente, sob direção privada, gozando apenas de certas facilidades e isenções legais.

- O C. O. B. terá como finalidades:
- a) Hospitalizar (Enfermarias Ortopédicas) mutilados de braços e pernas e em geral quem precisar de cuidados ortopédicos especializados (uso de aparelhos ortopédicos).
- b) Alojar ou hospedar mutilados que precisem consertar ou encomendar novos aparelhos, ou que necessitem treinamento para aprender a utilizar os mesmos (Enfermarias-ambulatórios).
- c) Idem para os acompanhantes dos mutilados.
- d) Preparar física, moral, intelectual e profissionalmente os mutilados para enfrentar a vida tratar de sua readaptação.
- e) Conseguir empregos para os mutilados readaptados.
- f) Durante o tratamento, assegurar serviço aos doentes pobres, de ambulatório, já entrosados com seu preparo profissional (Sapateiro, Alfaiate, Datilógrafo, Fotógrafo, Operador Cinematográfico, Motorista profissional (carros de mudança automátic), Agentes de correio, Relojoeiro, Rádio-técnicos, etc.).
- g) Manufaturar aparelhos ortopédicos, ter uma secção de pesquisas, e exposição permanente de aparelhos ortopédicos de firmas locais e das melhores marcas estrangeiras).

Idéia geral. — O C.O.B. será um mixto de hospital, hotel, fábrica e lugar de recreio. As pessoas de posses pagarão hospitalização normal; os militares e funcionários pagarão por intermédio

dos seus Ministérios, quando amparados por lei, ou serão tratados como civis; os indigentes nada pagarão; seus aparelhos serão financiados pelo Govêrno (C. A. M. ou S. N. R.) e assinarão um têrmo de compromisso de trabalharem para pagar sua hospitalização, nas oficinas do C. O. B.

O mutilado de posse, baixará ao C. O. B. para receber, adaptar e aprender a utilização do aparelho, pagando para tanto. Idem com

o indigente que, entretanto trabalhará para pagar.

O mutilado veterano baixará periòdicamente, ao sabor da necessidade, para revisão e concertos, períodos de treinamento, confecção de novos aparelhos e em geral para certificar-se dos progressos técnicos realizados.

Constituição. - O C.O.B. possuirá:

- a) Enfermarias, (inclusive de ortopedia), sala de operações e gabinete dentário.
- b) Gabinete de fisioterapia; massagens;
- c) Fábrica de aparelhos ortopédicos; pistas para treinamento;
- d) Salas de aula e oficinas correspondentes;
- e) Ginásio para educação física e piscina; (de preferência coberta e com água quente para uso continuado);
- f) Bar e restaurante:
- g) Cinema adaptável como teatro;
- h) Salão de festas;
- i) Biblioteca e exposição (Museu) de ortopedia;
- j) Ala-Hotel.

Local. — Deverá ser um local alto, fresco, ao longo de estrada de primeira classe (Petrópolis?). Deverá haver espaço bastante, com gramado, parques, alamedas, e si possível, um lago para remar e nadar (Educação física). No mínimo o local escolhido deverá contar com 20 hectares.

Direção. — A direção deverá ser exercida por mutilados acionistas, com mentalidade de hotel de estação e recreio, antes do que como hospital, motivo pelo qual, médicos devem ser conselheiros, mas não diretores. E preciso fixar a mentalidade de que o mutilado é uma pessoa sadia, apenas com uma deficiência física e não fisiológica, sendo sua recuperação psíquica a mais importante (Recuperação da alegria de viver), o que só se conseguirá em ambiente alegre e adequado.

Verba. — O orçamento da República consignará uma verba de Cr\$ 20.000.000,00, que será emprestada ao C. O. B., para indenização sem juros, em 20 anos, a exemplo do empéstimo feito à Carteira Hipotecária do Clube Militar, (que foi bem maior). Este dinheiro será depositado no Banco do Brasil à disposição da primeira diretoria do C. O. B.

Técnica de funcionamento. — O mutilado baixado terá seu coto inspecionado e reoperado, si for o caso. Depois entrará em regimem de educação física geral (natação, remo, ginástica) e especializada (para fortificar e murchar o côto) e, si for o caso, de tratamento de massagens e fisioterapia. Depois receberá um aparelho provisório e aprenderá sua utilização, nos diversos departamentos (pistas, corredores com espelhos, escadas, terreno irregular e etc.). Depois de verificado o tipo de aparelho mais conveniente (pois cada indivíduo é um problema, não havendo modelos rigidamente padrão de aparelhos, mas vários tipos que se adaptam melhor a determinados indivíduos), receberá seu aparelho definitivo, fará um último período de treinamento e dará alta.

Assistência Social. — O indígente terá tratamento e cuidados idênticos aos dados ao pensionista; trabalhará porém nas oficinas durante 6 horas por dia para pagamento. Si tiver capacidade e vontade de aprender, trabalhará apenas 4 horas e terá 2 horas de aula, diàriamente (desde a alfabetização até o ginásio e ensino técnico-profissional, como datilografia, estenografia, contabilidade, motorista, rádio-técnico e etc.). Ganhará, depois de começar a trabalhar, o salário mínimo. Antes, uma quota a ser fornecida pelo S. N. R. ou pelo C. A. M. As oficinas serão de calçados e uniformes, sendo o C. O. B. fornecedor regular do Exército, Marinha e Aeronáutica. O C. O. B. receberá pagamento igual ao do fornecedor vencedor da concurrência, de maneira a não prejudicar as Fôrças Armadas.

Terminado o tratamento, e o aprendizado, caso o mutilado permaneça como empregado efetivo, terá seu salário reajustado.

Transformação em Sociedade Anônima. - Os sócios quotistas do C. O. B., com o dinheiro de suas quotas (Cr\$ 100.000,00 em pagamentos mensais a serem combinados), e mais os lucros dos fornecimentos das oficinas e dos proventos dos baixados-pensionistas irão organizando o fundo de indenização. O Estado não cobrará juros por se tratar de obra meritória. A assistência social do S. N. R. ou S. A. M. passará a ser feita em forma de bolsas para fonecimento de aparelhos para indigentes; uma quota mensal enquanto o mutilado permanecer no leito, e uma verba anual de Cr\$ 1.000.000,00 para pesquisas ortopédicas de cujo emprêgo será prestada conta anualmente àquele órgão. A partir do dia em que os quotistas indenizarem mais de 50% da verba de financiamento, o C. O. B. passará automàticamente a S. A. considerada de utilidade pública, e como tal fiscalizada, porém autónoma em sua direção e independência podendo apenas o govêrno, em lei, caso verificar sua falència em atingir o propósito, suspender as encomendas de uniformes e calçados, assim como verba para pesquisas, além da cobrança judicial do que lhe for devido.

Da Diretoria. — A Diretoria constará de um Diretor Geral, um Diretor Executivo, um Diretor Médico e um Diretor Técnico.

O voto do Diretor Geral valerá por dois, evitando empates em reunião de diretoria.

O Diretor Geral supervisionará o conjunto e será responsável pelo C. O. B. perante o Govêrno, pensionistas e o público.

O Diretor Executivo cuidará da parte administrativa do C. O. B., inclusive das oficinas.

O Diretor Médico encarregar-se-á da parte médica.

O Diretor Técnico encarregar-se-á da confecção dos aparelhos, e do treinamento para utilização dos mesmos.

Prescrições gerais. — Todos os diretores deverão ser sócios quotistas do C. O. B.

Seus proventos em conjunto, não poderão superar 20% da renda líquida do C. O. B.

O Diretor Geral ganhará no máximo Cr\$ 15.000,00, e os demais diretores, no máximo Cr\$ 10.000,00. Fica bem claro que a Diretoria só terá proventos se o C. O. B. for criteriosamente administrado da maneira a dar lucro.

Os operários mutilados permanecerão em pavilhões-residências (tipo-padrão), compostos de sala, quarto e banheiro. As refeições serão feitas obrigatóriamente no refeitório. Suas espôsas e parentes, si for o caso, serão aproveitadas como arrumadeiras e em hortas para fornecimento de verduras ou nos estábulos para fornecimento de leite. Surgirá assim uma cidade operária modelo e padrão.

Os Diretores e os Chefes de Secção (Médicos, chefes de oficina e etc.) residirão em um Edifício Residencial de Apartamentos. Si for possível, haverá uma casa para o Diretor Geral.

Eleições da Diretoria. — Os Diretores não serão funcionários públicos, nem será o cargo, considerado função pública.

A Diretoria será eleita pelos sócios quotistas, com a aprovação do Govêrno e seu mandato durará 4 anos.

Voto de desconfiança do Conselho Fiscal, do Representante Federal e do C. A. M. ou S. N. R. implicará em novas eleições, independente de prazo.

O Conselho fiscal será composto de 5 sócios-quotistas, eleitos juntamente com a Diretoria.

Sócios-quotistas. — A quota padrão será de CR\$ 100.000,00, pagáveis sem acréscimo em prestações mínimas de Cr\$1.000,00 mensais.

Poderão ser sócios-quotistas: os mutilados, os médicos ortopedistas e as firmas de aparelhos ortopédicos. Cada quota valerá um voto. A eleição será secreta. Ninguém poderá ter mais de 10 quotas, e elas no final serão de 200 quotas (Capital Nominal).

Disposições gerais. — O Fundo de Indenização, que será liquido, será dividido entre os quotistas, para integralização de novas quotas. No mínimo 50% do dividendo irá obrigatoriamente para o fundo de Indenização. Do lucro líquido de balanço, 30% será distribuído em partes prêmios, iguais, pelo funcionário do C. O. B. cabendo uma parte para o solteiro e duas para o casado, mais tantas partes quanto forem os filhos do casal. Não haverá gratificações outras, e os membros da Diretoria não receberão partes premios.

As cifras em cruzeiro aqui estabelecidas serão para o padrão de 1950 e serão reajustadas pela Diretoria, em caso de necessidade, como inflação ou deflação. Os índices estatísticos oficiais servirão de guia legal nesta conjuntura.

Todos os lucros, proventos, ordenados, gratificações e etc. estarão isentos de declaração e pagamento de imposto de renda (não entrarão no cómputo do rendimento bruto).



Gerige de Cerão de Companso distributor companso com de Compan

a infecção pelas amebas a disenteria cronica do figado

vidros com 10, 25, 50 e 100 plfules de 0,25 grs.

specifico de propriedades parasitotropas e antiespasmodicas

destrot os germes microbianes das infecções disentericas as dores intestinais determinadas pelo processo morbido Lavorede a cura rapida das ulcerações

drageas p. adultos 30 x 0,025 grs. comprimidos p. crianças 30 x 0,08 grs.

Para lavagens intestinais recomenda-se



PRODUTOS FARMACEUTICOS

A CHIMICA - Bayet .

Assistência aos mutilados do aparelho locomotor

Prof. Barros Lima

Catedrático de Clínica Cirúrgica da Faculdade de Medicina do Recife.

O Colégio Brasileiro de Cirurgiões resolveu discutir, em simposium, os problemas de "Assistência aos mutilados do aparelho locomotor", designándo-me como um dos relatores de sua parte doutrinária.

Parcialmente, pois se há de discordar do relator escolhido para o norte do país, aí está resolução acertada; os problemas de deficientes do aparelho locomotor são legião, não curados quasi sempre, e, muitos dêles, mesmo, tendo a sua causa em assistência nossa que não cuidou de evitá-los.

Estamos a acreditar que reuniões dêste tipo, avivando atenções, fazendo sentir responsabilidades profissionais e humanas, anotando o mérito econômico da tefa, terão a sua utilidade, tanto mais positivada quanto maior a difusão das suas soluções nas camadas sociais.

Delimitemos o nosso tema, dizendo-vos como o compreendemos.

Assistência aos mutilados do aparêlho locomotor: mutilados não terá para nós um só sentido anatômico; não significará, no nosso entender, apenas os que perderam, por amputação, cirúrgica, traumática, adquirida outra, ou congênita, um segmento maior ou menor do membro; dirá, ademais, como sentido funcional, um deficit de articulações, de músculos, de nervos, de falhas de coordenação motora, etc., creando perturbações que não estão condicionadas sòmente à mutilação. Com os mutilados, e suas peculiares exigências, compreendemos, assim, deficientes outros do aparelho locomotor, acreditando que os seus problemas de assistência são, muita vêz, semelhantes; estudá-los em separado constitui agravação doutrinária e prática da questão. Wilm West, no livro de Kessler sôbre "Princípios e prática de reabilitação", considerando, embora, normas ligeiramente diversas para a assistência aos amputados, assim também o entende. "Queimaduras, infecções ósseas, lesões nervosas, fraturas e outras condições previamente anotadas como compreendidas na classificação geral de casos cirúrgicos e ortopédicos que merecem, com freqüência, terapêutica ocupacional, têm suficientes aspectos em comum para permitir discussão em conjunto, diz. A despeito da causa original da lesão ou doença, as manifestações conseqüentes de deficit representam disfunção articular ou muscular", presentes como limitação articular, fraqueza ou incoordenação de músculos.

. .

Doutra parte entendemos a assistência em função da mais precisa reabilitação; daquela que possa reconduzir o deficiente às melhores condições de trabalho, em proveito individual ou coletivo.

Kessler encontrou dois modos de definir a reabilitação; um, puramente médico, vê, na reabilitação, normas médicas, cirúrgicas e ortopédicas, apenas, tendentes a apressar a cura; outro conduz à restauração do deficieente até à mais completa utilização, física, mental, social, vocacional e econômica, de que se faz capaz.

O evoluir do pensamento médico atual não deixa acreditar que possamos nos satisfazer com a forma restrita, de considerar obtida a reabilitação com a cura da doença. Claro que se esta se deu sem deficit funcional, nada mais nos resta que fazer voltar o antigo doente ao seu ambiente de trabalho, certo de que aí estará suficientemente assistido, por patrões e companheiros, e, sobretudo, pela legislação, que lhe é, felizmente, capaz de assegurar.

Se entretanto um deficit funcional persistiu, ao contrário, o médico não tem por cumprido o seu dever com o ter realizado a cura da doença. Todos nós nos esforçamos por diminuir êste defificit, com a nossa atuação, com a atuação de homens especializados que procuramos associar (terapêutica física, terapêutica ocupacional, terapêutica psicológica), com a intervenção do corpo social e do govêrno, através de melhor compreensão para o trabalho dos mutilados, e, talvez, para certos pensadores ao menos, de legislação complementar que afirme obrigação, ao Estado e às emprêsas particulares, de sua admissão, uma vêz reabilitados, em uma certa percentagem.

Bert Hanman entende mesmo que é "a profissão médica que deve dirigir a sociedade", nesse sentido, porque é ela que "controla a filosofia e a terminologia da saúde e da habilidade tanto quanto

os instrumentos para vencer doenças e necessidades".

Dessa nossa preocupação é exemplo vivo este simposium que estamos realizando, e cujo programa objetiva campo social que não é menos cogitado que o técnico-profissional; são exemplos vivos as associações para auxílio aos inválidos, para assistência às crianças defeituosas, aos paralíticos, tôdas nascidas ou alentadas ao convívio de profissionais médicos idealistas, tais quais, para não citar senão os mais próximos de nós, os nossos Navajas e Renato Bomfim, da Assistência às Crianças Defeituosas de Santos e de São Paulo, os

Sedomagnesiol

COMPOSIÇÃO:

THIOSULFATO DE MAGNÉSIO CLORETO DE CÁLCIO

Síndromes de excitação psico-motora, espasmofilia, alergia, anafilaxia, síndromes anciosos

Amostras e literatura:

LABORATÓRIO PHARMA

Marcello Massara & Cia.

Rua Tabatinguera, 164 — Fone, 33-7579

SÃO PAULO, BRASIL

SUCEDÂNEO DO PLASMA SANGUÍNEO

SUBTOSAN

Polivinilpirrolidona ou PVP e Compostos Minerais

Solução isotônica e isoviscosa em relação ao sangue
Conservação práticamente ilimitada
Otima tolerância
Facilidade de emprêgo
Comodidade de transporte e aprovisionamento
Tratamento econômico
Supressão da determinação dos grupos sanguineos

HEMORRAGIAS
ESTADOS DE CHOQUE
QUEIMADURAS
ATREPSIAS
CAQUEXIA

SUBTOSAN

FRASCO graduado de 500 cm3

SUBTOSAN INFANTIL

AMPOLAS de 50 cm3 : caixas de 1 e de 25



a marca de confiança

COMPANHIA QUÍMICA RHODIA BRASILEIRA

CAIXA POSTAL 8095 - SÃO PAULO, S P

argentinos José M. Jorge Marcel Gambôa e seu discípulo Gonçalves, da Associação de Auxílio e Orientação ao Inválido, da Escola de Reabilitação dos Paralíticos, e José Bado, do Uruguai, por cuja intercessão realiza, agora, o governo do país amigo, legislação que compendia tôdas estas normas que estamos a defender.

0 0

E' pois nêsse sentido, amplo e complexo que compreendemos a reabilitação.

Amplo e complexo, embora, a tarefa pode ser realizada. Mistér é que dela se cogite, que se lhe tracem os planos, que se os realizem gradativamente, pois que infelizmente, nem a primeira maneira, a restritiva, de alcançar a cura do doente do ponto de vista técnico apenas, estamos realizando como deviamos fazê-lo, nos nossos centros hospitalares.

Pessimista que pareça ser, somos, porém, nesta hora, meramente realista, dado que à maior parte dos nossos hospitais faltam serviços condignos, ou mesmo não condignos, de fisioterapia, numa época em que "simples exercícios físicos, na afirmação de Donalt Covalt, prescritos enquanto o paciente está ainda no leito, podem significar base para programa sadío, pelo qual o corpo começa a preparar-se para função normal, sem sugeitar-se a esfôrços súbitos para que não estava ajustado".

. .

Estamos de acôrdo com Scarlini, ao entender que a assistência aos deficientes do aparelho locomotor deve fazer-se através de três etapas diversas: pre-reeducacional, hospitalar, reeducacional pròpriamente dita, em centro de reabilitação, especializado, e post-reeducacional, em função, sobretudo, do serviço social anexo ao referido centro.

A admissão do inválido far-se-ia sempre, entretanto, por clínica hospitalar especializada, cirúrgico-ortopédica, pois que haveria garantia de ser reduzido ao mínimo deficits anátomo-fisiológicos dos pacientes, por processos exclusivamente médicos, antes de submete-los à melhoria, à compensação aos lenta, vêzes menos completas, que é, sobretudo, objeto precípuo da reabilitação em sua segunda etapa.

E' evidente a valía da exigência; se uma mão é inhábil porque há lesão nervosa, insensibilidade ou paralisia, porque tendões, rotos ou aderidos, não permitem mobilizar os dedos, mais lucrará o doente, de início, com as manobras cirúrgicas tendentes a removêlas, lesões e aderêpcias, que com a aprendizagem de ofícios, sem que o deficit anátomo-funcional seja previamente removido; se um cotovelo se não estende, por cicatriz retratil da dobra de flexão, mais há lucrar com a intervenção primeira do cirurgião plástico, que com a terapêutica ocupacional das fases últimas da reabilitação.

. .

Na primeira etapa, no centro hospitalar, compreendemos a necessidade da associação íntima de fisioterapia, às normas cirúrgico-ortopédicas clássicas.

Scarlini discutiu se serviços de fisioterapia deveriam estar ligados ou não aos centros de reabilitação. Era uma época, ao tempo da primeira guerra universal em que necessidades militares aconselhavam a existência de centros de cura físico-ortopédicos intermediários às organizações hospitalares que curavam aos feridos e aos centros de reabilitação que haviam de prepará-los, por final, para a reintegração nas atividades militares ou coletivas. Inclinou-se, então, pelo mérito da transferência precocíssima dos doentes aos Institutos de Reeducação, apenas advinda a cura cirúrgica, desde que se lhe assegurasse meios e organização para conservar intactas as vantagens das curas físico-ortopédicas.

E' assunto que hoje se não pode discutir; terapêutica física há de acompanhar o doente, no hospital e no centro de reabili-

No hospital previnirá, por vêzes, a invalidez; apresentará a cura funcional, e, mantendo músculos e articulações em boa situação orgânica, assegurará, empregada prèviamente, éxitos a intervenções cirúrgicas, do tipo das artroplastias, das transplantações tendinosas, das suturas nervosas, perfeitamente inúteis se não realizadas dentro dessas normas.

. .

Mas, sobretudo, há de se pensar, nessa primeira etapa ainda, em face ao mutilado, ou melhor, ao doente que pode a isso chegar, na valía dos serviços da psicoterapia. Através do pessoal do Serviço, médicos, enfermeiras e, sobretudo, das assistentes sociais, é preciso começá-la cedo. "O trabalho de persuasão, de convicção, de preparação moral e psicológica do deficiente e do mutilado, no que diz respeito às necessidades da reeducação, deve começar logo, no próprio departamento de cirurgia", escreveu Scarlini.

Ao doente grave que pode vir a ser um mutilado, é necessário, com Levi, fazer acreditar que lhe é possível vida independente, pelo renovar do trabalho remunerado; que tudo está previsto, nos centro de reabilitação, para chegar a essa finalidade; e que, por isso, é mistér seguir a orientação ditada, pois que representa para si "fonte inexaurível de satisfação material e espiritual".

L P B



anobesina

Anobesina

(cycloexil - 2 dinitro - 4,6 fenato de sódio)

O TRATAMENTO QUÍMICO DA OBESIDADE, MODERNO E RACIONAL

ANOBESINA é um produto químico orgânico, preparado por síntese completa no nosso Laboratório. Sob o ponto de vista químico, é semelhante ao dinitrofenol-alfa-1,2,4, do qual porém diferencia-se pela presença a mais de um grupo cicloexílico. É justamente êste grupo que torna a ANOBESINA bem menos tóxica que o dinitrofenol comum.

- Ativa as combustões celulares.
- Cura os retardamentos da nutrição.
- Eleva o metabolismo basal.
- Resolve o problema do tratamento da Obesidade.

Empregando a **ANOBESINA** em doses normais, o obeso adulto perde um quilo por semana, sem dietas depauperantes e perigosas.

Cada comprimido corresponde à dose diária ativa para 20 quilos de pêso do obeso.

A fraca toxidez da Anobesina elimina em partes, os perigos, demasiadamente conhecidos, observados com o emprêgo do dinitrofenol-alfa comum.

AMOSTRAS À DISPOSIÇÃO DOS SRS. MÉDICOS

DEPARTAMENTO DE PROPAGANDA

LABORATÓRIO PAULISTA DE BIOLOGIA S. A.

RUA SÃO LUIZ, 161 - Fone 35-3141 - Caixa Postal, 8.086 - End. Teleg. "BIOLÓGICO"

Certo nem sempre a vitória advirá nessa tarefa bemfazeja; mas será frequente, se o trabalho for coletivo e executado com ânimo preciso.

Na segunda etapa prosseguiremos a fisioterapia, para alcançar à própria reabilitação.

A invalidez (I) está expressa, para Madariaga, pela relação entre a capacidade disponível (C) e a necessária para realizar um trabalho (T).

 $I = \frac{C}{T}$ é a expresão da legislação reparadora; nela o denomi-

nador é constante para cada profissão, e o numerador tem valores calculados pelos médicos e aproximadamente determinados, em cada país, para todos os indivíduos vítimas de uma mesma mutilação.

Madariaga critica essas normas por entender que a relação entre a capacidade real e a capacidade tipo para um determinado ofício, terá que ser "função complexa -f(CT) — em que C e T são variáveis, dependentes do trabalho que se tenha em mira".

Nesta variabilidade de C e de T estão os fundamentos, mesmo, da readaptação, e sobretudo, da reeducação, possíveis não só pela alteração dos métodos de trabalho, em que o uso das máquinas especializadas faz que movimentos e esfôrços dispendidos por um homem normal processem-se como se forem por amputados ou inválidos, como porque o trabalhador não está obrigado a continuar com a sua antiga profissão. Os ofícios, escreve Bert Hanman, "possuem individualidade". Para serem executados com sucesso, pedem graus variáveis de habilidade, de experiência, de inteligência, de educação, de treno, de aptidão, de interêsse, traços de personalidade emocional, de capacidade física e que se adaptam, também, de forma diversa, os diversos trabalhadores.

Um estivador que perdeu uma perna, por exemplo, depois de prótese e de aprendizagem ligeira, pode ser orientado para conduzir um guindaste (escolha de bom valor para T), ou reeducado, procurando melhorar o seu valor C, para o exercício de uma outra profissão (enrolador de dínamo, por exemplo).

Numa ou noutra hipótese age-se por forma a reconduzir a função f a expressão maior que a que lhe era anteriormente normal; transmuda-se um invalido, bem orientando-o profissionalmente, em válido, com modificação sensível do seu valor econômico; afasta-se, na linguagem de Bert Hanman, a possibilidade da deficiência física constituir-se deficiência ocupacional.

.

A primeira tarefa do problema no Centro de Reabilitação está na

ORIENTAÇÃO DO DISCÍPULO,

na designação do ofício adequado ao mutilado. E a escolha dêsse ofício, missão complexa, é precisamente aquela cuja responsabilidade está mais intimamente cometida à nossa profissão.

Um exame meticuloso, formado, em conjunto, por pesquisas de ordem clínica, anatômica, fisiológica e psíquica, deve ser base das nossas decisões finais.

Resistência orgânica, séde, natureza, extensão das lesões, comprimento dos côtos, valor dos encurtamentos das alavancas ósseas, energia muscular, paralisias e contraturas, movimentos das articulações vizinhas, instabilidade e rigeza articulares, qualidade da pele, situação e estado das cicatrizes, grandeza das perturbações circulatórias e nervosas, estática geral, rapidez e segurança com que são os movimentos executados, observação do grau de fadiga, provocada após um esfôrço medido, forma por que encara o mutilado as possibilidades de recuperação profissional, sua profissão anterior, seu entusiasmo por ela, suas preferências atuais, seu grau de cultura, sua mentalidade, enfim, são tantos elementos que consignam o mérito da capacidade disponível, o grau do termo C; que dizem a possibilidade de mudança no valor de C e de T da função variável que é chave dos problemas de readaptação e reeducação.

Bem verdade há que se considerar que as fases iniciais da terapêutica conduzida no Centro de Reabilitação, sobretudo a prótese, a fisioterapia e a reeducação funcional, podem melhorar não só a situação anatômica, como modificar sensivelmente os elementos colhidos pelas primeiras provas funcionais, por acrescer resistência e aptidão ao trabalho, possibilidade de rendimento, enfim, do mutilado .

. .

Os conhecimentos técnico-profissionais, que fizeram a Gourdon, Dijonneau e Thibaudeau, em "O rendimento profissional dos mutilados", subdividir os ofícios em Ofícios de fôrça, de semi-fôrça, de habilidade, além das profissões intelectuais (comerciais, administrativas, de ensino, etc.), semi-manuais e semi-intelectuais (desenhistas, radio-telegrafistas, etc.), a que também se referem, ou a análise meticulosa dos ofícios, segundo os seus vários fatores, registrada nas Master Chart, como o quer Bert Hanman, dão elementos para apreciação do termo T, da capacidade necessária à realização de um trabalho, para condicionamento final da equação, e, pois, para a decisão orientadora do discípulo nos quadros de classes do Instituto de Reabilitação.

Não se acredite, entretanto, que a orientação é operação simples, condicionada no todo por essas fórmulas matemáticas. Nada em medicina; tudo se firma nessa medida indefinida que é a nossa fôrça; no senso clínico.

Na prática é necessário controlar se o ofício aconselhado se faz realmente compatível, e modificá-lo, desde logo, se tal compatibilidade não existe.

. .

De um modo geral é preciso fazer voltar o aluno à sua antiga profissão; não fazer reeducação, mas readaptação. 'No curso dos anos que precederam o ferimento, disse Jean Camus em "Reeducação Funcional e Reeducação Profissional dos Feridos", o operário armazenou em seu cérebro imagens motoras numerosas e aperfeiçoadas, sensações variadas, que condicionavam sua qualidade de operário, sua especialização".

"O homem que durante 5 anos trabalhou em madeira tem uma maneira de pegá-la, de escolher os seus pedaços, de apreciá-los pelo tacto, pela vista, de atacá-los segundo sua qualidade, sua espessura, de preferência com tal ou qual utensílio. Nêste labor todo seu ser, seus órgãos dos sentidos, todos mais ou menos, tomam parte, e muitas vêzes sem que disso se aperceba; as lembranças, as sensações anteriormente experimentadas se comprimem, se associam, se completam, se corrigem automàticamente. E' uma obra prima de coordenação que pediu outrora muitas fadigas, mas que, segundo a lei do hábito, se efetua agora sem esforço e com grande perfeição. E depois há tôdas as noções adquiridas, em conjunto com as precedentes, sôbre o valor do trabalho cumprido, as qualidades e faltas dos produtos, seu preço de custo, seu preço habitual de venda, a forma de aquisição da matéria prima, dos instrumentos de trabalho, etc.".

"Há aí uma bagagem, uma riqueza que se acumulou lentamente, laboriosamente, no cérebro; um capital que necessitou anos para ser adquirido". E' preciso respeitá-lo, não ceder à fantasia de abandoná-lo.

Há aí um dever a que sòmente poderemos fugir se os exames físicos, pela mutilação, pelas doenças residuais, o aconselham.

E é então, se o valor intelectual do discípulo ajuda, que surgem oportunidades de situações melhores: operários que se tornariam chefes de escritório, contabilistas, desenhistas, etc.

. .

Dentro dêsses critérios será o discípulo orientado.

Quando médicos e técnicos tiverem chegado a uma conclusão, é preciso aproximá-la da opinião do futuro aprendiz; transmití-la se estão acordes, persuadir o discípulo a aceitá-la, destruindo os seus argumentos, ou os seus complexos de inferioridade, se necessário e possível. E' então que, além de suas qualidades médicas e técnicas, devem, os profissionais dêsses Institutos, dar provas dos seus méri-

tos de psicólogos".

"Exporão ao mutilado as razões que lhes parecem mais propícias para levá-lo à convicção, salientarão as vantagens de salários mais importantes, de maiores facilidades de colocação, de aproximação do local de residência em que deseja o mutilado fixar-se, etc. aconselharão visitar os diversos ateliers e secções de ensino da Escola, tomar contacto com os seus camaradas no trabalho, com os professores, com os chefes de oficinas", diz Carle, e quasi sempre vencerão. Virá a convicção. Está feita a orientação.

. .

Começa a reabilitação, que deve ser realizada em escolas apropriadas, com grande número de ofícios; com possibilidades, ademais, de melhoria física, pelas suas secções de fisioterapia e os seus ginásios, de melhoria intelectual, pelas suas classes elementares de

letras, seus cursos técnicos de contabilidade, etc.

Os programas, os horários, com os seus turnos de classes, de trabalho, de fisioterapia, de esportes, a vigilância do aluno, do ponto de vista técnico, clínico e fisiológico, as normas de aproveitamento e de exames na conclusão do curso, a remuneração, o emprêgo posterior, etc., são tantos aspectos técnicos curiosos dessas questões de readaptação e reeducação.

.

Conseguido o grau de habilidade necessária ao exercício de uma profissão, começa a terceira etapa, a da post-reabilitação.

E obra exclusiva do serviço social, cuja atuação viemos acompanhando através das duas primeiras etapas. Cabe-lhe assegurar conservação da prótese, emprêgo de acôrdo com a eficácia adquirida, instrumentos e meios para a prática da profissão aprendida, interêsse constante na sorte do mutilado, enfim, de modo a que não lhe falte jamais fé em si próprio e naqueles que contruiram, um dia, para a sua reabilitação.

. .

"Quando um inválido permanente jurídico se puder converter, sem temor de perder uma indenização justa, em um válido perfeito profissional, e puser, por si mesmo, o máximo esfôrço, invertendo, se fôr necessário, uma parte da indenização lograda, em sua reparação fisiológica e profissional, então o conceito de invalidez terá adquirido sua ampla significação e a reparação poderá alcançar o seu novo conceito social: o mutilado terá a sua mutilação compensada e o inválido trabalhará com fé para fazer-se válido", disse Madariaga.

"O patrão deixará de apresentar uma atitude defensiva, considerando o problema da reparação da invalidez, como uma outra carga dos seus gastos de produção e colaborará com o Estado e com as entidades privadas para lograr uma justa reparação do acidente".

Será a hora de se sentirem legítimas aquelas palavras de Farril: "Todos têm que se ajudar mútuamente com seu trabalho e com suas obrigações, e os conceitos de caridade, de beneficência e de filantropia, se substituem pelos de dever, de assistência pública e de reabilitação econômica.

Trate convenientemente a prisão de ventre e verá desaparecerem, como por encanto, outras perturbações da saúde. — SNES.



DRÁGEAS LAXATIVAS E COLAGÓGAS: 1 a 4 POR DIA

LABORATORIOS ENILA S. A. RUA RIACHUELO, 242 - C. POSTAL, 484 - RIO FILIAL: - RUA MARQUEZ DE ITÚ, 202 - SÃO PAULO

SCUROCILLINE "4"

Penicilina G-Procaína e Penicilina G Sódica

PRODUTO 100 % NACIONAL DA FÁBRICA DE ANTIBIÓTICOS RHODIA

Caixa contendo:

Frasco com 100.000 unidades de Penicilina G Sódica e 300.000 unidades de Penicilina G-Procaína 1 ampola de 2 cm³ de diluente aquoso



A marca de confiança

RHODIA

Caixa Postal 8095 - São Paulo, SP

Estado atual das amputações (*)

MARIO DE ABREU

Serviço de Clínica Cirúrgica (Prof. Mario de Abreu) da Faculdade de Medicina da Universidade do Paraná.

A cirurgia das amputações deve ser sob todos os seus aspectos plenamente dominada, por quem a pratica. Não é operação de rotina e de principiante, pois deve ser longamente meditada antes de sua execução, a sua técnica e elementos básicos têm requisitos indispensáveis relativos à sua técnica e ao uso da prótese, e futuro do amputado deve ser fundamente pensado, não só quanto a sua adaptação funcional, como quanto ao seu psiquismo.

"A cirurgia da amputação é irreversível, a vitima é uma pessoa, que perde uma parte de seu divino dote. Não deve estar sujeito à possibilidade de perda maior do que o primitivo dano. Deve ser salvaguardado contra todas as complicações e resultados de uma cirurgia inadequada, tais como neuroma, coto-fantasma, reamputação e revisões. Ele deve ser provido com um bom coto para uma prótese" (Lewin).

O problema da amputação sofreu nesta última guerra uma transformação radical, principalmente em virtude da organização que lhe foi dada pelos exércitos inglêses, canadense e norte americano.

Os trabalhos de Klopsteg, relatando "as funções e atividades do Comittee of Artificial Limb of National Research Council", de Gallie, Harris, Peterson, Tompson, Alldredge, Mac Keever entre outros, mostram-no em todos os seus aspectos.

A orientação normativa, seguida, obedeceu ao critério, que pode ser assim resumido: Na unidade cirúrgica de campo praticava-se a amputação de secção plana, à guilhotina ou à saucisson" dos franceses, seguindo-se lhe no post-operatório imediato, assim que possível, tração da pele. Quando oportuno o doente era eva-

^(*) O problema da recuperação dos amputados e sua readaptação funcional é complexo e póde ser encarado sob vários aspectos. Sua análise de conjunto deve estudar os seguintes itens; 1.º — A técnica das amputações e seus objetivos imediatos; 2.º — A prótese, sua confecção industrial e utilização pelo doente; 3.º — Estudo da personalidade psíquica do amputado; 4.º — Reeducação física e psíquica, relacionada ao ambiente social e profissional do amputado; 5.º — Readaptação do amputado ao trabalho. Todos esses aspectos são partes do mesmo problema e interdependem, e por isso, devem ser concatenados para solução mais uniformemente satisfatória.

Nosso correlatório tratará do primeiro item.

cuado para centros de amputação, que nos Estados Unidos foram cinco (Bushnell, Lawson, Mac Cloky Jones e Walter Reed General Hospital), hospitais estes, com seções especialmente encarregadas, para cuidar do amputado, onde o coto sofria reparos, se necessário, e finalmente a prótese e respectivos exercícios de readaptação funcional e moral.

Esta excelente organização, conectada ao "Comittee of Artificial Limb", possibilitou o estudo coordenado, e conclusões sobre o problema, devido ao grande número de observados, 400.000 só nos E. U. (Klopsteg), e que permitiu dar indicações muito precisas sobre todos os detalhes.

Indicações. — A necessidade de se decidir por amputação pode ser determinada por causas traumáticas, infecções, afecções vasculares arteriais, tumores malignos e deformidades graves.

A análise pormenorizada das indicações foge aos propósitos desse trabalho, pois depende de múltiplos fatores causais e do aspecto clinico de cada caso. Permitimo-nos, no entanto, discutir as causas traumáticas, pelo interesse, ainda atual, dos seus vários aspectos.

Traumatismos — amputação por traumatismo recente só deve ser resolvida, após madura e bem pensada observação do membro afectado detalhando-se cada uma das partes no próprio ato cirúrgico. E' um dos aspectos da traumatologia, que mais progrediu, evitando por critério mais seletivo, intervenções radicais desnecessárias. Acreditamos se deva, insistir ainda, para que a atitude conservadora do cirurgião diante do traumatizado, seja a primeira posição, só devendo ser modificada, quando a extensão e intensidade das lesões, seja de tal ordem, que não permita outro tratamento, mesmo que este, no primeiro momento, pareça aleatório. Esta representa, por sem duvida, a tendência atual.

A impressão inicial favorável à amputação, pode se modificar, diante um tratamento adequado, por isso, deve ser restringido ao mínimo as amputações primitivas post-traumáticas recentes, sendo preferível retardá-las, afim de melhor poder apreciar as condições da parte do membro traumatizado.

Quando o esmagamento é total, de ossos, partes moles e circulação, não faz dúvida a medida radical, mas o número de casos limites é o mais comum, que implica, então, em saber discernir

e exige muita experiência do cirurgião.

Um exemplo em que a conduta prudente e acertada do médico, que atendeu o doente de imediato e que permitiu a conservação do pé, pode ser resumidamente assim relatado.

Um homem, 30 anos, foi apanhado por uma correia circular, pelo pé e fez ao nível do tornozelo, uma extensa ferida, que circundou toda a face externa e anterior do tornozelo, só deixando três centimetros de pele integra da parte interna. A articulação tibio-

PENICIER

Penicier sendo uma associação de Penicilina G Potássica, Sulfadiazina, Sulfamerazina e Sulfametazina é melhor tolerado e produz resultados superiores àqueles obtidos com estas mesmas substâncias quando ministradas separadamente, assertiva está comprovada por grande número de observações já publicadas na literatura médica.

Penicier, pela facilidade na sua administração e largo âmbito de indicação terapêutica, deve ter uma receptividade preferêncial na clínica de crianças. Corroborando esta afirmativa, destacam-se as surpreendentes observações de Vollmer e colab. (Vollmer, H. Pomerance, H. H., Brand, I. L., New York State Journ. Med. 50: 2293. Out. 1950 com a terapia *Penicilina-Sulfamidas* por via oral em crianças portadoras de pneumonia e outras com amidalite, otite média e escarlatina em que os resultados foram positivos na quasi totalidade dos casos.

Recentemente, estudos e observações feitos na marinha dos Estados Unidos (U. S. Arm. Forces "Med. Journ.", 3: 973, 52) sóbre o emprégo da penicilina por via oral na blenorrágia, revela-se que os resultados foram magníficos na maior dos casos tratados. Por outro lado, é certo que se obtém resultados ainda mais positivos quando se associa as sulfamidas à penicilina.

Nos casos onde o diagnóstico bacteriológico ainda não está estabelecido ou em infecções mixtas, a terapia combinada aumenta a probabilidade de êxito porque os agentes infecciosos são atacados na sua totalidade. Pelo exposto verifica-se que Penicier é indicado em todos os casos de infecções suscetíveis à ação da penicilina e das sulfamidas.

FÓRMULA POR COMPRIMIDO:

	ADULTO	INFANTIL
Penicilina G Potássica	200.000 U	100.000 U
Sulfadiazina	0,18 g	0,09 g
Sulfamerazina	0,18 g	0,09 g
Sulfametazina	0,18 g	0,09 g

INDICAÇÕES:

Nos casos em que são indicadas a penicilina e as sulfamidas, como: infecções pneumocócicas. estafilocócicas, infecções pelo estreptococo hemolítico: erisipela, escarlatina, amidalite, mastodite, otite, etc. Coadjuvante no tratamento da meningite produzida por coco. Na cirurgia e extrações dentárias.

POSOLOGIA (Adulto e Infantil):

1 Comprimido de 4 em 4 horas, conforme os casos e a critério médico.

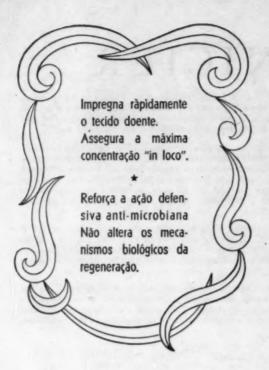
LABORATÓRIO XAVIER JOÃO GOMES XAVIER & CIA. LTDA.

Rua Tamandaré, 553 - Rua Tamandaré, 984 - Caixa Postal 3 381 - São Paulo

Consultores científicos:

Prof. Dr. Dorival da Fonseca Ribeiro Prof. Dr. Genésio Pacheco

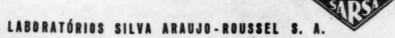
Representante nos demais Estados.



Solução glicerinada de carboxisulfamidocrisoidina a 5%

INSTILAÇÕES • NEBULIZAÇÕES GARGAREJOS • LAVAGENS

VIDROS COM 45 cc



társica ficou amplamente exposta e luxada, e os tendões extensores seccionados e parte do tendão de Aquiles. A artéria pediosa estava rota e via-se na profundidade a integridade da tibial posterior distendida. O médico que o atendeu de imediato julgou, à primeira vista, imprecindivel terminar a amputação, mas preferiu imobilizar provisòriamente o pé e apesar, dos 300 Km. a viajar de auto, enviar-nos o doente. O reparo cirúrgico metódico da extensa lesão e imobilização gessada rigorosa, permitiram a conservação do pé, embora -com ancilose tibio-társica.

A máxima ponderação é indispensável em casos semelhantes, porque, não basta não amputar, mas, também, saber, que o resultado final vai depender diretamente das medidas cirúrgicas iniciais. Pelo que tem permitido a nossa observação, a não ser, quando se instala desde as primeiras horas, uma perturbação circulatória evidente, com sinais de rotura vascular total, a amputação deve ser protelada e instituido um tratamento cirúrgico bem planeado, de acôrdo com a orientação atualmente bem conhecida e estricta imobilização.

A indicação de amputação retardada se restringirá muito com esta orientação e a sua resolução, se houve razão, ficará na dependência de uma observação mais experimentada.

Afirma Alldredge "E' muito importante cada caso ser cuidadosamente avaliado, precocemente, por experimentado cirurgião, porque assim o número de amputações tardias, pode ser reduzido ao mínimo".

Watson Jones assinala que no hospital da base da R. A F., em grande número dos mais variados e graves traumatismos, só 0,01% foram tardiamente amputados. Spittler e Taylor (1949) do Walter Reed Hospital estudaram 211 pacientes com 220 extremidades amputadas e procuraram distinguir no conjunto o critério de fugir ao exagero da protelação indefinida da amputação, pela repetição de intervenções incapazes de resultar num membro útil. Ressaltaram as causas maiores determinantes da amputação retardadas e foram grangrena, perda traumática do membro, osteomielite, insuficiência vascular, lesões articulares, incurtamento, lesões musculares, pseudo-artrose e paralisias ou lesões dos nervos. Com frequência estas lesões se associaram, sendo que a oesteomielite é a complicação mais comum que junta às outras, determina a amputação.

As lesões traumáticas do membro superior, principalmente da mão, devem merecer especial cuidado na apreciação clínica. A conservação deve ser objetivo do cirurgião, e se indispensável fôr a mutilação, ter em vista sempre o máximo de aproveitamento funcional posterior. As amputações dos elementos da mão, devem ser extrictamente funcionais e guiadas por um espirito de conservação, de cada uma das partes e elementos anatômicos.

Assim, as mutilições absolutamente necessárias, de técnica simples, devem obedecer ao valor funcional dos elementos restantes, apreciando-se, como poderão suprir posteriormente as três grandes funções da mão: de apreensão, ação combinada dos dedos de encontro ao polegar e palma da mão; de pinça, ação de oponência do polegar ao encontro de outros dedos; e o de flexão isolada dos dedos, que se associa ao de apreensão, para dar à mão o máximo de força.

Técnica de amputação. — O primário objetivo no tratamento de um amputado é obter um coto bém modelado, coberto com pele normal. Ele deve ser indolôr, e deve funcionar bem com uma prótese "Tompson e Alldredge (1944).

Portanto resolvida a amputação o problema técnico se prende a dois pontos principais: 1) o relativo à operação que confecciona o coto e 2) o relativo à protese, que deverá ser utilizada.

O nivel de amputação é de capital importância para a futura adaptação funcional, pois dele depende o tipo de prótese. Assim, a sua descriminação será influenciada por dois fatores: 1) causa

da amputação; 2) valor funcional e apoio da prótese.

As observações numerosas de guerra, principalmente da última, e o nivel técnico industrial atingido na confecção da prótese, puderam determinar os niveis ótimos de amputação. No membro inferior, quando a amputação deve ser na coxa, conservar o máximo de segmento, sendo nivel mais favorável o terço inferior; os niveis mais altos só serão atingidos por absoluta necessidade, pois a prótese é mais dificil de confeccionar, e o seu porte é mais penoso para o amputado. Ao nivel do joelho, afóra as desvantagens do Gritti Stockss, é favorável ao uso da prótese.

Na perna o nivel ótimo é a 12 ou 15 cmts. do joelho, não havendo vantagem na amputação mais baixa, porque o coto muito longo, só dificulta a prótese não só para permanência de pé, como principalmente na marcha, causando irritações e atritos das partes moles do coto. Os niveis mais altos, se aproximando do joelho criam o problema do apoio menos firme da prótese e faz embaraços

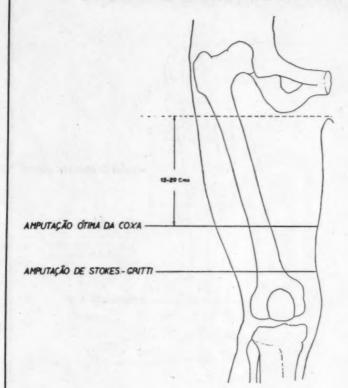
na mobilidade ao nivel do joelho.

No pé o nivel de Lisfranc não exige aparelhagem, e sem duvida, a amputação de Syme comprovou, ser tecnicamente, a que melhores resultados funcionais pode apresentar pela firmeza do apoio e confecção da prótese, que se torna muito bem suportada e resistente.

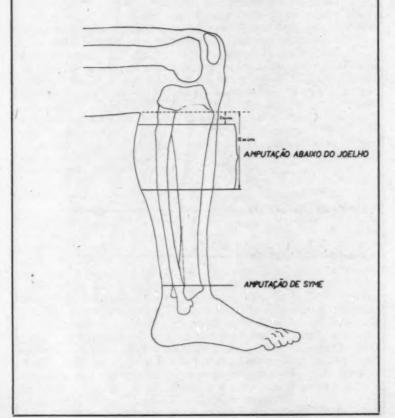
No membro superior, se a amputação deva ser executada no braço, o nivel mais favorável à prótese futura é, logo, acima do cotovelo. A este nivel poder-se-á posteriormente, praticar intervenção sineplástica e utilizar, prótese, atualmente, muito aperfeiçoado e util. Se o nivel da amputação se aproximar da articulação escápulo-umeral, a aparelhagem é muito mais penosa para o amputado e de muito menor eficiência funcional.

No ante-braço, a preocupação é conservar o coto o mais longo possível, afim de assegurar uma prótese mais segura, e de possibilidades funcionais mais amplas. Aí, também, com coto longo e mus-

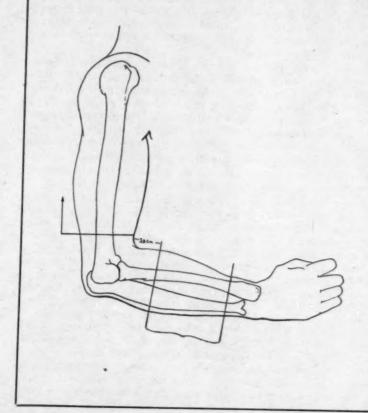
NÍVEIS DE AMPUTAÇÕES ACIMA DO JOELHO



NÍVEIS DE AMPUTAÇÕES ABAIXO DO JOELHO



NÍVEIS DE AMPUTAÇÕES DO BRAÇO E ANTE-BRAÇO



culatura conservada, poderá haver indicação de cineplastia, com ou sem prótese, capaz de permitir uma função muito mais satisfatória.

Métodos. — O método da secção plana, em guilhotina, foi considerado na guerra, pelos cirurgiões dos Hospitais — centros de amputação ingleses, canadenses e norte americanos, como o que oferece maiores vantagens imediatas, na necessidade e rapidez da execução, e ulteriores, na eventual correção do coto cirúrgico e aplicação da prótese. Tompson e Alldredge (1944) assim resumein as suas vantagens: 1) é um simples debridamento do fim de uma extremidade, que pode ser executado prontamente, sob condições adversas; 2) é raramente seguido de infecção do osso ou partes moles do coto; 3) salva mais, da extremidade do que é possivel por um outro método; 4) se a atração da pele é aplicada cedo, após a operação, e é mantida, continuamente até o paciente chegar ao centro de amputação, a confecção de um coto satisfatório é um processo simples.

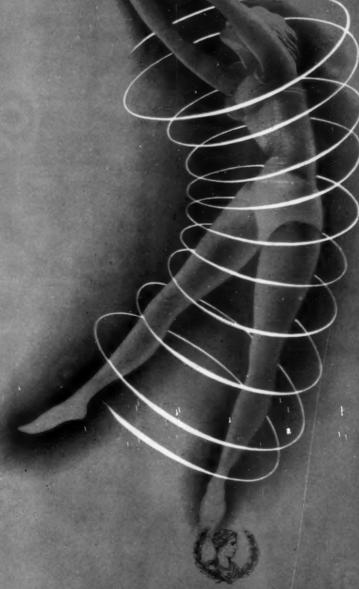
Ao tempo, em que era encarada a amputação, como intervenção de rapidez, sob a influência dos ensinamentos de 1914-1918, praticavamos este tipo de amputação com bastante frequência, temerosos ainda da infecção do coto, que acarretava graves complicações. Atualmente na prática diária, as medicações anti-choque, anestesia e os anti-bióticos, tornam a indicação da amputação em guilhotina muito restrita, e só executada sob condições excepcionais.

A simplificação dos métodos de amputação foi muito sensível nestes últimos anos, tendo afastado da prática e tornado desaconselhaveis , os tipos clássicos de retalhos cutâneos complexos.

A secção cutânea deve constituir um retalho anterior maior e um posterior menor, afim de recobrir o osso e partes moles, sem tensão da pele, fazendo com que a cicatriz se coloque na parte posterior do coto, sem contacto direto com o osso e a prótese. Usamos a incisão de Kirschner, aconselhada por Le Mesurier, para todas as amputações segmentares. Oferece as vantagens de: situar facilmente ao nivel da secção óssea, no encontro das duas incisões anteriores e posterior, sem exigir retração forçada e contusão das partes moles; 2) terminada a intervenção a pele recobre em seu comprimento justo, a superfície de secção, permitindo a sutura primitiva sem tensão, o drenar se for julgado util, sem impedir uma cicatrização posterior, com total recobrimento do coto. As partes moles e musculos serão seccionadas de modo firme, afim de não contundí-los, com a preocupação de terem circulação suficiente, para evitar necroses. Estas podem ser causa de retrações fibrosas, ou infecções capazes de determinar dores posteriormente.

A ligadura dos vasos deve ser isolada, nunca em massa e cuidadosa, para evitar hemorragias imediatas ou precoces graves.

ANTI REUMÁTICO



LABORATORIOS ANDROMACO

KETACIL ANTI-REUMÁTICO

PROTEGE O ORGANISMO CONTRA OS INCONVENIENTES DA SALICILATOTERAPIA PROLONGADA

- Terapêutica racional do reumatismo.
- Minima possibilidade de toxidez.
- · Perfeita tolerância mesmo em altas doses.

DRÁGEAS PARA DESINTEGRAÇÃO ENTÉRICA:

Ácido acetilsalicílico	•				0,50	9
Menadione (vitamina K)	•	•	٠	٠	0,50	mg
Ácido ascórbico (vitamina C) PROTEÇÃO CAPILAR		٠			50,00	mg

Tubos com 50 drágeas.

Amostras e literatura a pedido dos Srs. médicos



LABORATORIOS ANDRÓMACO
Rua Independencia, 706 — São Paulo

O modo de proceder para com os nervos seccionados, tem variado, na intenção de impedir a formação de neuromas. E' classico tracionar o nervo após o seu isolamento, e secciona-lo a distância na profundidade, afim de separá-lo do contacto imediato com a superfície cutânea. No entanto, Leriche injeta novocaína a 2% e não secciona mais alto. Boldrey transplanta-o na cavidade medular, prática também adotada em alguns casos por Fontaine.

Outros, como Weiss injeta novocaína, liga fortemente com seda e injeta alcool absoluto, e afirma, que esta prática dá-lhe a impressão de que as amputações, assim realizadas, são menos frequentemente seguidas de cotos dolorosos. Não é fácil formular uma opinião segura sôbre as vantagens destes procedimentos, e Fontaine diz: "é possível que eles tenham diminuido a frequência da sindrome dolorosa, mas é certo também, que apesar de todas as preocupações tomadas, esta pode aparecer".

Podemos, deste modo concluir, que a maneira de tratar as extremidades nervosas no ato da amputação deve ter como principal objetivo, não contundir os nervos por pinçamento ou tração exagerados, afim de não provocar irritações locais, capazes de perturbar a degeneração e cicatrização das extremidades do nervo seccionado, tendo, no entanto, as variações técnicas, pouca influência sôbre a constituição futura de neuromas, ou persistência de cotos dolorosos.

Tipos de amputação. — As amputações no pé devem ser consideradas, sob ângulos particulares, em vista de sua constituição anatômica e função.

A desarticulação de Lisfranc, na linha dos metatarseanos, quando pode ser realizada, tem plena indicação, porque o pé restante terá bom apoio e função. Permanece com mobilidade ativa, em virtude de conservar as inserções dos musculos essenciais aos movimentos de flexão do pé.

A de Chopart, médio-társica, é muitas vezes executada pela preocupação de conservar a articulação tibio-társica. E' fato já observado anteriormente, e esta última guerra veio comprovar com maior número de observações, que é um tipo de amputação de maus resultados funcionais, desde que a inserção do tibial anterior não possa ser conservada. O coto bascula para frente, tracionado pelo tendão de Aquiles, e é traumatizado em sua superfície, continuadamente, adquirindo um equinismo irredutível, e causando dores e lesões cutâneas. Além disto a sua aparelhagem é difícil e incômoda. Como primeira operação de urgência pode sempre ser executado, para não sacrificar maior extensão da extremidade, afim de melhor se estudar as condições anatômicas locais, mesmo que se tenha de praticar mais tarde um outro tipo de intervenção.

A amputação de Syme mereceu dos cirurgiões de todos os centros de amputação, a mais cuidada observação e algumas escelentes publicações, estudaram-na sob todos os seus aspectos. Realmente na primeira guerra mundial os cirurgiões canadenses de Toronto, usaram o método sempre que indicado e foram os seus resultados publicados por Harris, Le Mesirier e Gallie atribuindo-lhe grandes vantagens. Não coincidiu essa opinião, com o observado no "follow-up" dos cotos do Syme, na Inglaterra, no Centro de Roehampton onde notaram cotos imperfeitos, a ponto de desaconselharem esse tipo de intervenção. Porém, nessa segunda guerra o interesse se acresceu pelos trabalhos canadenses, e os centros norte americanos procuraram executar a intervenção sempre que houvesse indicação. Alldredge e Tompson apresentam 75 casos num estudo bem analisado, e apontam os bons resultados, semelhantes aos dos centros canadenses,

Não pode ser executado com grande frequência, porque exige um retalho cutâneo amplo, mas se as condições forem favoráveis, só apresenta vantagens. A prótese é facil e pode ser abaixo do joelho, e os amputados desse tipo sentem-se funcionalmente bem, mesmo em comparação com os amputados abaixo do joelho. O problema técnico principal é não lesar a circulação do coto, que aliás, com boa técnica, pode ser bem protegida. Na extirpação do calcaneo extra-perióstica pode suceder a lesão da artéria, por isso Morris, Mac Keever aconselham que se proceda a extirpação subperióstica, o que oferece maior segurança, em relação à tibial posterior e seus ramos essenciais, à nutrição do coto. Mac Keever, também, se associa a estas conclusões, tendo praticado 60 operações e julga, o melhor tipo de amputação no pé, não só pela conformação do coto e solidez, quando bem confeccionado, como pela facilidade de sua prótese, bem estudada no Canadá e atualmente universalmente usada. As suas dificuldades técnicas podem ser perfeitamente superadas, atendendo-se a todas as suas minucias. E' opinião unânime, que não deve ser praticada, desde que haja qualquer risco de infecção. Não é aconselhável, em seguida, a esmagamento e por grangrena ou afeccções arteriais.

Amputação de Gritti — Stokss — Tem sido muito criticado este tipo de amputação e a apreciação de seus resultados, algo contraditória. Mac Keever julga-a muito sujeita a complicações locais, e não vê vantagens, em comparação ao tipo clássico da amputação inferior da coxa. De fato, a rótula pode não se adaptar corretamente na secção do femur, em prejuizo do resultado, ou então, haver defeito de consolidação. Harris comparando as situações, em que esta intervenção pode ser executada, considera-as excepcionais, porém, empresta-lhes pequenas vantagens com bons

resultados posteriores facilitando o uso da prótese.

A técnica tendineo plástica de Callender teve, por alguns autores, quando surgiu em -935, ampla divulgação, tendo White, Grodinski, acrescido algumas modificações. Oferece sobre o Gritti-Stokes a vantagem de dispensar a rótula, portanto, os seus inconvenientes de fusão viciosa, no entanto, o seu objetivo maior, a movimentação do coto, pouco interesse oferece atualmente, em vir-

tude de os exercícios sistematizados e as próteses atuais, poderem dispensar estas possiveis vantagens, igualando-se o tipo Callender em sua função posterior ao tipo clássico de amputação.

Amputações cineplásticas. — As amputações cineplásticas do membro superior foram iniciadas na Itália por Vangheti e Ceci e mais tarde por Putti, mas os trabalhos de Sauerbruch, após a primeira guerra mundial, fizeram a sua mais ampla divulgação. Presentemente os trabalhos de Kessler nos Estados Unidos, o relatório de Alldredge de sua viajem à Alemanha e a monografia de Nissen e Bergmann, são as publicações que melhor dizem do estado atual do problema. Não temos qualquer experiência, pois no Brasil, só nesses últimos anos começa a aparecer trabalhos sôbre o assunto. Espindola (Hospital Central do Exercito) apresenta um bom estudo, com conclusões satisfatórias.

Coto defeituoso. — Várias causas podem determinar uma cicatrização viciosa da pele e uma conformação do coto cirúrgico, que exijam retificação, para permitir o uso da prótese. Assim podem ser descriminadas: 1) Amputação incorretamente executada — pele insuficiente para recobrir o osso, deixando este exposto, de modo a não possibilitar a cicatrização; 2) Nivel inadequado de amputação para aplicação da prótese. 3) Ulcerações tróficas — mais frequentes em virtudes de zona muito extensa de cicatrização secundária, mas podendo também, ser por atrito ou de causa nervosa. 4) Infecções locais — osteíte fistulizadas, cicatrização irregular aderente ao plano profundo e ao osso. 5) Perturbações circulatórias — do próprio membro amputado ou do coto, coadjuvado muitas vezes por compressão do aparelho de prótese.

As complicações do coto podem estar na dependência de muitos fatores, por isso, antes de se decidir a sua correção cirúrgica, devese analisar detidamente, a causa da amputação, o método usado, a evolução local e suas complicações imediata e tardia, a utilização do coto, com ou sem aparelhagem, e o exame da prótese. O balanço destas condições poderá muitas vezes, remover facilmente o fator determinante, e se, por ventura, exigir reintervenção, esta será delineada em função das causas combinadas. Deverá ter o cirurgião o máximo de prudência no determinar a sua conduta nesta circunstância, afim de evitar uma reamputação inutil, pois pode a sua intervenção ter efeito psiquico altamente prejudicial, sôbre o amputado.

As amputações em secção plana, requerem com frequência intervenção plástica posterior, porém, se for feita no post-operatório, tração elástica da pele, poderá ser evitada. Tompson e Alldredge insistem sôbre esta falha, ou então, a de retirar a tração muito cedo, porque, continuadamente usada, tornará fácil a correção cirúrgica, por um simples debridamento e sutura, sem tensão da pele. O enxerto livre de pele é contra indicado porque se ulcera rapidamente ao apoio do coto, conforme observação unânime.

Coto doloroso. — Membro fantasma. — As algias dos amputados e sensação de membro ausente são fatos clínicos bastante frequentes, nos primeiros dias após a amputação, sem constituirem, realmente, uma doença. Sliosberg avalia em 72% e Sturm vai até 96%.

No entanto, em percentagens variáveis, é possível constituir-se uma verdadeira sindrome dolorosa do coto, problema dos mais complexos de interpretação patogênica e dos mais dificeis de tratamento. A sua frequência diversa conforme os autores, 6% Fontaine, 10% Lhedmitte, 2% Walker, faz acreditar que sejam múltiplos os fatores que influenciam a persistência da sindrome, a con-

siderar o seu aspecto banal nos primeiros dias.

Walker estudando 404 amputados dentre 2.000 do Percy Jones General Hospital, encontrou, somente, 8 com sensações dolorosas de membro fantasma, e todos, com personalidade psicopática. Considera esta baixa percentagem, como resultante dos cuidados cirúrgicos imediatos e posteriores prolangados, no sentido da rehabilitação física e psiquica dos amputados. No entanto, Fontaine e Frank estudaram detalhadamente, 586 amputados e notaram 12% sem nenhuma dor, e 82% com sidrome dolorosa banal, isto é, dores no coto de amputação, e Lhermitte e Handerson acreditam, que igual a 6%, sofriam de um verdadeiro coto doloroso. Na França, sob a influência de Lerich, tem sido numerosos os trabalhos e o asunto longamente debatido.

A explicação patogênica é dificil. Leriche Feorster julgam, que a origem do coto doloroso e membro fantasma, está nas excitações diversas, às quais as terminações nervosas estão submetidas no coto 36%, fantasmas 23%, dores mixtas 23%. 35 pacientes o dispositivo psico-fisiológico esteja integrado no mecanismo do cérebro. Mas, Lhermitte resume "defender uma tese baseada exclusivamente sobre as excitações periféricas, ou oposto suster uma tese essencialmente psicológica, é de antemão não conseguir chegar a uma conclusão". Apesar de se conjugarem as noções patogênicas, parece razoável separar estas duas sindromes, a dolorosa e a sensção do membro ausente, coto doloroso e membro fantasma, pois que se pode observá-las separadamente, embora, possam estar por vezes, associadas.

Observamos recentemente, um caso, o único em nossa casuística em amputação por nós praticada. Trata-se de um homem de 50 anos, que havia sofrido uma fratura dos ossos da perna, e sobreveio uma infecção gangrenosa, por constrição de aparelho de gesso. Após 30 dias do traumatismo, foi-nos enviado e após alguns dias, o estado geral e local exigiram uma amputação que foi praticada, ao nivel do terço inferior da coxa direita.

Amputação tipica, evolução normal, cicatrização per primam e per secundam sem infecção, numa pequena zona lateral de drenagem. Após, haver passado 8 dias, bem, começou a se queixar de dores no coto, intensas, mais ou menos contínuas, que o faziam

tomar as atitudes as mais estravagantes,e de percepção do membro, situando as dores na ponta do dedo, ou então crescia o pé desmesuradamente, atingindo a parede oposta do quarto, onde parecia que se apoiava. As suas narrações eram em tudo semelhantes, às descrições já conhecidas. Ora, o membro estava na cama, com dor mais intensa que a anterior, com queimaduras e formigamento, ora, era só o pé, que era percebido, às vezes se agigantava, se estirando, dando-lhe uma sensação aflitiva. O paciente, de instrução média, sem conhecimento anterior de fatos idênticos, ocupado em misteres de serraria.

O exame neuro-psiquiátrico prolongado, nada apurou de concreto. Após dois meses, voltou a sua residência no interior, e tendo se passado 6 meses, continua, com crises dolorosas menos intensas e menos frequentes, mas ainda a percepção do membro fantasma. Não praticamos qualquer terapêutica ativa cirúrgica, porque julgamos, ao contrário, de outros autores, que, antes cabe ao psiquiatra, auxiliado pelo cirurgião, fazer o diagnóstico de possivel desvio psiquico anterior, e instituir tratamento com provas de adaptação funcional e normal. (Posteriormente este doente sofreu uma reamputação, por outro cirurgião, em nada tendo se modificado as suas perturbações, antes tendo-se agravado).

Não é outro o conselho de David Hecaen e Talairach "antes, tão paradoxal possa isto parecer, é o neuro psiquiatra, que deve se ocupar, destes amputados recentes, atormentados pelo temor da enfermidade física e as consequências sociais e familiares, que vão resultar".

As medidas cirúrgicas, mesmo as de menor alcance só devem ser executadas, após a convicção segura, de que as sindrome não se remove. Nesta fase, não esquecer que "um procedimento não efetivo e mutilante, por acrescentar o outro trauma psiquico, resultará inevitalmente, em sofrimento ulterior e dano moral" (White).

A remoção cirúrgica de prováveis neuromas do coto é a primeira conduta, geralmente mais adotada, mas os seus resultados não são sempre convenientes. Nós mesmos, em sindromes, menos persistente e menos intensas, já tivenos destes casos, mas é comum persistirem as queixas dolorosas.

Merle d'Aubigné julga, como noção importante, que se deve separar as duas sindromes, embora possam estar associadas. A do coto doloroso ou causalgico tem o carater tipico das dores simpáticas, e podem se beneficiar, com as intervenções sobre os glanglios simpáticos. A do mebro fantasma doloroso é muito mais rebelde à terapêutica. Wartheimer, Yung, Weiss fazem infiltrações com solução de novocaina da cadeia ganglionar do simpático lombar, que pode servir de teste para posterior intervenção, ou também de ação terapêutica. Os resultados são inconstantes e os insucessos são frequentes após estas intervenções. Em dois casos de membro doloroso do membro inferior por nós observado, que não suportavam o aparelho, o sucesso foi temporário.

Pr último, todos os autores, que estudaram, mais particularmente estes doentes, Padovani e Mansuy, Weiss, Fontaine, Walker, White, nos casos mais rebeldes, indicam radicotomia posterior e lobotomia pré frontal. A primeira para seccionar e interromper a cadeia sensitiva, que como acredita Levingstone, acaba por impregnar os centros nervosos, e a segunda para modificar a personalidade, em última ratio, como verdadeira terapêutica cirúrgica psiquiatrica. As opiniões são tão diametralmente divergentes nos inumeros trabalhos compulsados, sôbre a importância e frequência da sindrome, as suas causas desencadeantes, interpretação patogênica e sua terapêutica, que não é fácil concluir. A nossa impressão pessoal é que, sendo sindrome, que pode se desencadear sôbre as mais variadas circunstâncias, deve o cirurgião, não esquecer a sua possibilidade, e na intervenção, cercar-se de todos os requisitos para uma ótima execução técnica, evitar as infecções locais, e desde o início, com a colaboração ou não, de um neuro-psiquiatra, auxiliar o reajustamento moral e social do doente. Este programa praticado em ampla cooperação, nesta última guerra, diminuiu muito o número destes doentes e estabeleceu as regras de uma real profilaxia desta grave sindrome.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

PERRY RÖCERS — Amputation at the Knee Joint Jour. — "Bones and Joint Surg." XXII, 973 — 1940.

Callander C. L. — Tendo plastic Amputation Through the femur at the knee.

"J. Am. Med. Assoc." CX, 113 — 1938.

Association of Artificial Limb Manufactures of America — "Amputations from the stand point of successful Prothesis" — New York, 1935.

Le Mesurier — The importance of leaving a good amputation Stump — "Jor. Bones and Joint Surg." — XXV, 566 — 1943.

Galéie W. E. – The experience of the Canadian Arny and Pensions Board with Amputations of the lower extremity – "Annals Surg." – 113, 925 – 1941.

HARRIS R. I. — Amputation — "Jour. Bonnes and Joint" — XXVI, 626 — 1944.
PETERSON S. L. — The Army Amputation Program — "J. Bones and Joint Surg." XXVI, 635 — 1944.

THOMPSON T. C. and ALLDREDGE R. H. — Amputations: Surgery and plasti repair — XXVI — "J. Bonnes and Joint Surg." — 639 → 1944.

THOMAS, ATHA — Anatomical and physioligical cons. in the alignment and fitting of amputations prosthesis for the lower extremity. — "J. Bones and Joint Surg." — XXVI, 645 — 1944.

MAC KEEVER F. M. - Upper extremity Amputations and Prosthesis. "J. Bones and Joint Surg." - XXVI, 660 - 1944.

Osmond — Clarke H. — Half a century of orthopedic progress in Great-Brittain — "J. Bones and Joint Surg." — 328, 675 — 1950.

WATSON JONES - Fractures and Joint Injuries - third edition - 1946.

Gallie W. E. Some lesions in the great War → "Sug. Gyn. and Obst." - 74, 370 - 1942.

- Grodinski M. Amodification of the Callander Amputation "Surg. Gyn and Obst." 76, 337 1943.
- LEWIN P. Review of new Books "Surg. Gyn. and Obst." 81, 104 1945.
- Olson P. F. Amputation during the war and after "Surg. Syn. and Obst." 81, 688 1945.
- HERMANN V. G. and GIBBS E. W. Phantom Lim Pain "Am. J. Surg." 67, 168 1945.
- "Int. Abst. Surg. Gyn. and Obst." 81, 27 1945.

 RANK B. K. and Henderson G. Cineplastics fore arm Amputation and Prosthesis "Surg. Gyn. and Obst." 83, 373 1946.
- MAC KEEVER F. M. Discussion of controversial points in amputation Surgery. "Surg. Gyn. and Obst." 82, 495 1946.
- PADOVANI P. et Mansuy L. Les moignons douloureux des membres XXX Congrès Français de Cirurgie 199, 290 1947.
- WALKER E. Congrès Français de Cirurgie pag. 292 1947.
- DAVID M., HEAEN H. et TALAIRACH J. Congrès Français de Cirurgie pag. 300 1947.
- FONTAINE R. et Frank P. Congrès Français de Cirurgie pag. 316 1947.
- ALLDREDGE R. H. and Thompson T. C. The technique of the Syme Amputation "J. Bones and Joint Surg." XXVIII, 415 1946.
- BLAIR H. C. and Morris H. D. Conservation of short amputation stumps by tendon section "Jo Bones and Joint Surg." XXVIII, 427 1946.
- KLOPSTEG P. E. The functions and activities of the Comittee on Artificial Limbs of the National Research Council A preliminary Report "J. Bonnes and Joint Surg." 28, 538 1947.
- Canty T. J. A prosthesis for cahpometacarpal amputations "J. Bones and Join Surg." 29, 801 1947.
- ALLDREDGE R. H. The cineplastic Method in upper-extremity amputations "J. Bones and Joint Surg." 30A, 359 1948.
- Kessler H. H. Cineplasty Spienfield, Illinois C. C. Thomas 1947.
- NISSER R. and BERGMANN E. Cineplastic operations on Stumps of the upper extremity Grune e Statton New York 1942.
- HULMICK A., HIGHISMITH C. and BOUTIN F. J. Amputations for failure in reconstruction Surgery "J. Bones and Joint Surg." 31A 639 1949.
- SITTER A. W. and TAYLOR L. W. Cuase for amputations, etc. "J. Bones and Joint Surg." → 31A 800 1949.

A MÁQUINA HUMANA

O organismo humano assemelha-se a uma máquina que trabalha sem cessar. Mesmo em repouso ou durante o sono, está funcionando, gastando-se e consumindo energia. E' preciso, pois, compensar o gasto e reparar as perdas. O material reparador dos tecidos e fornecedor de energia é o alimento.

Use alimentação adequada para fornecer as substâncias indispensáveis ao bom funcionamento da máquina humana. — SNES.



A influência dos enxertos de pele na recuperação das extremidades

A. DUARTE CARDOSO

Chefe da Secção de Cirurgia Plástica do Hospital N. S. Aparecida e Casas de Saude Matarazzo, São Paulo.

Certas lesões traumáticas das extremidades, ocasionando perda de pele em extensão considerável, com exposição de estruturas profundas, ou complicadas com fraturas expostas, são problemas que podem levar o cirurgião a pensar em amputação. O mesmo pode suceder em certas queimaduras profundas, principalmente elétricas e nas radiodermites.

A osteomielite, a infecção e esfacelo de nervos e tendões, as ulcerações que jamais cicatrizam, tais seriam as consequências dessas lesões, não fôsse a possibilidade atual de transferir grandes extensões de pele de outra região para o membro lesado.

Lançando mão das técnicas atuais de enxertos livres e transplantes pediculados de pele, é possível a conservação dos membros qualquer que seja a gravidade da perda de tecidos moles, com excepção apenas daquêles casos em que a lesão dos grandes vasos venha determinar necrose isquêmica.

O critério atual diante dos traumatismos com perda de tecidos moles, é transformar a ferida aberta em fechada o mais breve possível. Nos grandes traumatizados, essa deve ser a preocupação imediata ao tratamento do choque e hemorragia e a investigação dos ferimentos da cabeça, tórax e abdomen. Se devido às condições gerais do paciente ou à contaminação ou supuração excessiva da ferida, não fôr possível realizar a cobertura do ferimento com pele imediatamente, a medida pode ser transferida para alguns dias mais tarde, 10 no máximo. Nêsse caso, após a ressecção dos tecidos inviáveis e a limpeza cuidadosa da ferida, essa deve ser coberta com curativo vaselinado, instituindo-se terapêutica com antibióticos por alguns días. O curativo úmido com líquido de Dakin, é também muito útil quando já haja franca supuração. Transcorrido o tempo necessário para debelar a infecção (como já referimos não deve ultrapassar 10 dias) procede-se a novo debridamento se necessário e procede-se à enxertia com pele.

TÉCNICAS USUAIS

Nas áreas onde haja exposição de músculo e aponevrose e transformação de ferida aberta em fechada pode ser fâcilmente conseguida com o emprêgo de enxertos livre de pele de espessura intermediária. Quando a área a enxertar fôr muito extensa, pode-se recorrer ao chamado enxêrto em estampilha que consiste em dividir o enxêrto de pele em pequenos pedaços do tamanho aproximado de um selo postal, distribuindo-os pela superfície cruenta de maneira a conservar entre um e outro, espaços semelhantes. O crescimento do epitélio entre êsses núcleos de pele acaba por epitelizar tôda a lesão sem retrações (fig. 1-b).

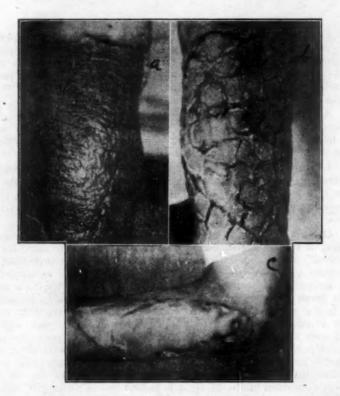


Fig. 1 — a) Caso de arrancamento circular de têda a pele da perna. O caso foi visto quando já havía proliferação do tecido de granulação. b) O mesmo caso com enxêrtos livres tipo estampilha já pegados. c) Caso de queimadura elétrica do antebraço, reparado com enxêrto livre de pele de espessura intermediária.

Quando há articulações abertas, ou nervos, tendões e fragmentos ósseos expostos, é impossível usar enxêrtos livres, como também é contraindicado usar enxêrtos de pele em superfícies submetidas a atrito constante, como a planta dos pés, a palma das mãos e extremidades dos dedos. Nêsses casos é necessário realizar a cobertura com retalhos de pele pediculados espessos, providos de tecido celular sub-cutâneo.

Várias técnicas podem ser usadas. As mais simples, empregada nos casos de perdas pequenas, freqüentes em casos de fratura exposta, consiste em deslizar sôbre a área da perda, prèviamente debridada, um retalho de pele bi-pediculado de uma das margens da lesão, revestindo a superfície cruenta de onde foi deslizado o retalho com enxêrto livre.

Quando a perda de pele é extensa, é necessário recorrer à retalhos provenientes de regiões distantes. Várias técnicas podem ser adotadas de acôrdo com cada caso particular.

Perdas nas extremidades digitais. — Pequenas perdas de pele que em outra região seriam fàcilmente fechadas por descolamento e aproximação dos bordos, são nas pontas dos dedos um problema



Fig. 2 — a e b) Caso de perda da extremidade do dedo médio reparado com retalho de pele da região tenar. c) Aspecto de um caso idêntico, reparado pela mesma técnica, um més após a operação. d, e, f) Caso de perda da pele da extremidade do polegar, reparado com retalho do abdomen. g) Reparação de perda na extremidade de 3 dedos com retalhos do abdomen.

que só pode ser resolvido pela transferência da pele de outra região. Para a solução dêsse problema, ocasionado com frequência por acidentes no trabalho a desarticulação ou amputação parcial da última falange era a solução antes que se divulgassem as técnicas dos transplantes pediculados de pele.

A área doadora mais aconselhada, atualmente, para a reparação das perdas pequenas na extremidade de um dos dedos, é a palma da mesma mão. A região tenar deve ser preferida para os dedos indicador, médio e anular e a região hipotenar para o dedo mínimo.

Nas perdas extensas, nas que interessem mais de uma extremidade digital e nas perdas do dedo polegar, as regiões tenar e hipotenar não são viáveis; recorre-se, então, à outras regiões como o braço e antebraço do lado oposto e ao abdomen. Temos sempre dado preferência ao abdomen, por considerar mais cômodo ao paciente a imobilização da mão junto a essa região do que ao antebraço ou braço do lado oposto.

São necessários doís tempos operatórios com intervalo de 20 dias entre um e outro; um é destinado a dissecção do retalho e à sutura ao dedo lesado e o outro a secção do pedículo do retalho e reparo das extremidades. Usamos sempre o retalho em forma de

U com pedículo largo.

Como é evidente, a pele da região palmar deve ser preferida sempre que possível. Ela se assemelha à pele da ponta do dedo em firmeza e tem melhores possibilidades de proporcionar retorno normal da sensibilidade. Pele de outra região como o abdomen, antebraço ou braço, não tem as mesmas qualidades e é usada por não ser possível obter melhor.

Perdas do dôrso e da palma da mão. — A pele do dôrso da da mão é fina e provida de uma camada muito delgada de tecido celular sub-cutâneo; por esse motivo, traumatismos e queimaduras nessa região resultam com freqüência na exposição dos tendões extensores e abertura das articulações metacarpo-falangeanas. O abdomen é a área doadora de eleição para a reparação desses casos. retalho bi-pediculado deve ser dissecado na área do abdomen em que a imobilização da mão lesada se faça da maneira menos incômoda ao paciente. A mão é introduzida sob êsse retalho bi-pediculado e os bordos do retalho suturados aos bordos da perda de substância. Após 20 dias a mão è libertada em duas operações sucessivas, seccionando-se um dos perículos em cada uma delas. O intervalo entre a secção de cada pedículo é de 2 a 3 dias.

Um tipo muito útil de retalho destinado não só a revestir o dôrso da mão como o dos dedos é proporcionado pelo retalho em bôlso (fig. 3-c) que consiste em uma incisão de extensão suficiente a permitir a introdução da mão, descolamento de um retalho de pele suficiente para cobrir todo o dorso da mão e dedos e pequenas incisões por onde devem emergir a extremidade dos dedos.

Para a palma da mão, os mesmos tipos de retalho podem ser usados com pele obtida da região lombar. Como o uso dessa região obriga a imobilização da mão em posição muito incômoda ao paciente, dá-se preferência na prática a pele do abdomen tam-

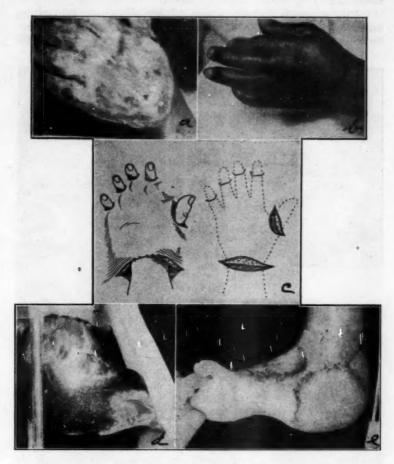


Fig. 3 — a, b) Profunda queimadura do dôrso da mão e dedos, reparada com retalho em bôlso, obtido da região abdominal. c) Esquema de retalho em bôlso (do livro de BUNNELL Surgery of the Hand). d, e) Extensa perda de substância do pé reparada com retalho de pele da com do mesmo lado.

bém para a palma da mão. Nêsse caso o retalho não poderá ser bipediculado mas monopediculado. Para obter uma circulação suficiente, compensa-se, dissecando-se um retalho de pedículo mais largo.

Perdas do antebraço e braço. — E' ainda o abdomen a área doadora de eleição na obtenção de retalhos pediculados para revestir perdas de substância do punho, antebraço e braço. Podem ser usados retalhos bipediculados ou monopediculados de pedículo bastante largo (fig. 5-c).

Para as perdas do braço a área doadora é o tórax. Os retalhos monopediculados de pele da região costal, de pedículo suficientemente largo, são os que mais se prestam à reparação dessa região.



Perdas de substância nos pés e pernas. — Para o revestimento imediato das perdas de substância dos pés e pernas por meio de retalhos pediculados, a técnica de eleição é a denominada "crossleg", que consiste em transperir pele da face posterior da perna sã, para a lesão da perna ou pé do lado oposto. No 1.º tempo operatório, o retalho de pele a transferir é dissecado em proporção suficiente e sempre com o pedículo maior que o comprimento do retalho; a área doadora é revestida com enxêrto livre. A área receptora é aproximada do retalho dando-se aos membros inferiores a

posição mais conveniente (geralmente pernas cruzadas, com alguma flexão da perna sôbre a coxa) e as pernas são imobilizadas juntas em aparelho gessado. O pedículo deve ser seccionado em duas etapas cêrca de 20 dias após. Os pontos delicados da técnica são: 1.º) A imobilização pode produzir escaras nos pontos em que uma perna se apoia sôbre a outra. Para evitar isso deve ser interposta uma camada de gesso nos pontos de apôio; 2.º) Deve-se cuidar de evitar a compressão do pedículo no ato da imobilização o que acarretaria a perda do retalho por insuficiência circulatória (figs. 2 a-b).

Essa técnica é adequada às perdas de extensão tal que a pele que é possível obter da face posterior da perna seja suficiente. Nos

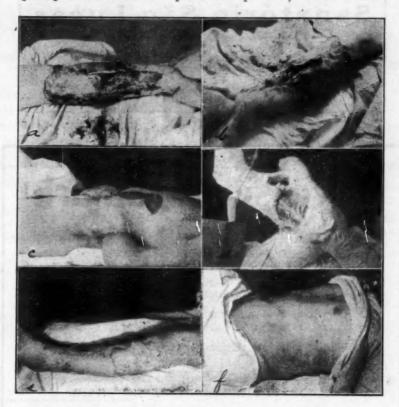


Fig. 5 — a, b) Fratura exposta com extensa perda de pele e parte da tíbia.
c) Retalho tóraco-abdominal transferido para o braço que servirá de veículo para o transporte à perna.
d) Transferência do retalho à perna lesada.
e) Aspecto da perna após a reparação com o retalho tóraco-abdominal mais alguns enxérios livres da coxa.
f) Aspecto da área doadora reparada com enxertos livres.

casos de perda de extensão maior é necessário transferir pele da face externa da coxa do mesmo lado ou retalhos abdominais e toraco-abdominais, transferidos ao pé ou perna por estágio intermediário no punho (fig. 5). Como a transferência desses retalhos é demorada, pela necessidade de tempos operatórios prévios para autonomização e passagem para o punho, faz-se o revestimento provisório da lesão com enxêrtos livres da pele, finos, tipo Thiersch, para evitar ou diminuir os esfacelos e infecção de estruturas nobres e a produção exagerada de tecido fibroso.

Sanatório São Lucas

Instituição para o progresso da cirurgia

Diretor: Dr. EURICO BRANCO RIBEIRO

Rua Pirapitinguí, 114 - Tel. 36-8181 - SÃO PAULO

Glycose Nordmark

Soluto hipertônico de Glicose a 25 % e 50 %

Ampôlas de 10 e 20 cm⁸
Caixas com 5 e 50 ampôlas

- O Submetida a rigorosos testes de pureza.
- Corresponde ao mais exato critério científico e exibe a sua alta qualidade.
- O Glicose puríssima extraída do milho.

LABORATÓRIO NORDMARK DO BRASIL

A. S. Corrêa & Cia. Ltda.

RUA CASTRO ALVES, 308 - SÃO PAULO

REBALSIN PAPAVERINA

INJETAVEL:

Composição:

Cada ampôla de 2,5 cm3 contém:

Benzopiradamina	0,429 g
Dialilmaloniluréia	0,060 g
Uretana	0,560 g
Glicol propilênico	0,050 g
Alcool benzílico	0,080 g
Cloridrato de papaverina	30 ou 50 mg
Água destilada, q.s.p	2,5 cm3

Complexo molecular de efeito

Antiespasmódico - Analgésico - Sedativo

GOTAS:

Composição:

Cada cm3 contém:

Benzopiradamina	. 0.1900
Dialilmaloniluréia	
Uretana	. 0,2500
Glicol propilênico	. 0,2500
Cloridrato de papaverina	. 0,0300
Solução hidroalcoólica aromatizada	
q.s.p	. 1 cm ³

Indicações:

Nevralgias e nevrites
Ciática
Tosse espasmódica
Pós-operatório
Dôres do parto
Dôres das neoplasias
Cólicas gastro-intestinais
e uroginecológicas
Cefalalgias e algias em

geral

LABORATÓRIO FARMACÊUTICO INTERNACIONAL S. A.

Rua Jaguaribe, 118 - Fone: 51-2779 - São Paulo

Consultores Científicos:

g

Profs. Dr. W. Berardinelli e A. De Barbieri

Com sintômas desagradáveis: flatulências, eructação, sonolência, azia, sensação de pêso na região epigástrica, etc.

Pepsicap

 Pepsina
 100 mg
 Sais biliares
 150 mg

 Novatropina
 0,001 g
 Pancreatina
 80 mg

Assegura ao paciente digestão fácil e aproveitamento total dos alimentos. — Faz a profilaxia das carências.

Enterosalil

Salicilato de sódio quimicamente puro em drágeas de 0,25g., 0,50g e 1,0g.

INDICAÇÕES

Reumatismo e suas manifestações (articulares e cardiacas). Antitérmico, Analgésico e Colerético.

APRESENTAÇÕES:

Em vidros de 30 drágeas de 1,0 g. - 2) Em vidros de 42 e 70 drágeas de 0,50 g. - 3) Em vidros de 60 drágeas de 0,25 g.
 POSOLOGIA:

Crianças: 4 até 12 anos (ou mais) drágeas de 0,25 ou 2 até 6 drágeas de 0,50 g. diárias. Adultos: 6 até 15 drágeas de 1,0 g. ou 8 até 20 drágeas de 0,50 g. diárias.

☼ Vantagens essenciais do Enterosalil: Aproveitamento total da dose contida em cada drágea (1,0, 0,50 e 0,25); possibilidade de contrôle da posologia desejada em cada caso particular, saliciloterapia em altas doses confórme ensinamentos clássicos; comodidade de emprêgo, ausência de sabor e desnecessidade de neutralizantes.

Energade-plus

16 elementos protetores, regeneradores e nutritivos numa só "enterocap"

Solução para as carências múltiplas e anemias carenciais INDICACOES:

Agente eritrocítico para todos os tipos de anemia: ferroprivas, macrocíticas da gravidez, da infância e, principalmente, para as anemias carenciais. Nas hepatites, insuficiências hepáticas de natureza carencial. Nos regimes dietéticos restritivos, (diabete, obesidade, etc.)

APRESENTAÇÕES:

Tubos de 25, 50 e 500 "enterocaps".

MODO DE USAR:

1 "enterocap" três vêzes por dia ou segundo prescrição médica.

LABORATÓRIOS:

MOURA BRASIL - ORLANDO RANGEL S. A.

Rua Marquês de São Vicente, 104 - Gávea - Rio de Janeiro

Dois anos de atividade do Serviço de reabilitação do SESI

Dr. FERNANDO BOCCOLINI Chefe do Serviço do SESI, São Paulo.

O Serviço de Reabilitação do SESI (Serviço Social da Indústria), com séde à Rua Lino Coutinho, 694 em São Paulo, vem funcionando desde o dia 13/8/50, cumprindo programa prèviamente traçado no setor reabilitação, funcionando como núcleo "piloto" ou "experimental", o que restringe suas atividades.

O pessoal de que dispõe é o seguinte:

1 médico chefe;

1 psicólogo e psiquiatra;

1 educadora sanitária;

1 assistente social;

1 educadora social (orientação e reemprêgo).

O médico chefe, além de fazer o exame clínico do paciente afim de verificar possíveis incapacidades ocultas, coordena o trabalho da equipe.

O psicólogo e psiquiatra não pertence efetivamente ao serviço,

atendendo apenas a casos mais difíceis.

A educadora sanitária, além de fazer todo o trabalho interno administrativo, tem a seu cargo as visitas de prosseguimento e o inquérito final.

A educadora social, trabalhando em conjunto com o Serviço de Orientação Social, obtem vagas nas Indústrias e acompanha a

elas, os candidatos.

A assistente social entrevista o paciente na séde do S. R. e a família do mesmo no domicílio; fornece auxílio-alimentação e condução, e é encarregada do entrosamento com outros serviços.

Atende o S. R. do SESI a operários pertencentes à Indústria, Transportes e Pesca, com limite de idade que varia de 14 a 45 anos.

Vale-se o S. R. dos Ambulatórios Médicos e do Hospital do SESI, com todo seu corpo clínico, para exames subsidiários, especializados e operações que se façam necessárias.

Fornece próteses ortopédicas, óculos, aparelhos auditivos aos doentes dêles necessitados.

Todo o processo de reabilitação bem como os exames especializados de laboratório e Rx, são absolutamente gratuitos. Os aparelhos ordtopédicos, óculos, aparelhos auditivos, são pagos pelo Serviço que é reembolsado pelo doente, após o reemprêgo, como e quando lhe fôr conveniente. As hospitalizações são pagas da mesma forma ao Serviço Social.

Após êste brevíssimo resumo de funcionamento passaremos a dar alguns dados estatísticos:

Origem dos casos:	Matriculados	Recusados
Serviços particulares (Sesi, expontâneos, Indús-	100	
trias, Santa Casa, etc	102	2
Entidades oficiais { IAPI LBA	60	17
LBA	5	4
Ministério Trabalho, Indústria e Comércio	12	9
Departamento de Tuberculose do Estado	11	6
CMTC	1	. 0
Serviço Social do Estado	31	1
CASMU (Prefeitura)	13	15
Hospital das Clínicas	3	0
Centro Dona Leonor Mendes de Barros	2	1
Total	240	55

Vê-se, pelo exposto, que a maioria dos casos nos foi enviada por Departamento: Oficiais do Govêrno.

Idade: O principal grupo é constituido por indivíduos entre 26 e 30 anos (51).

Instrução: Nas nossas estatísticas contamos com grande número de analfabetos, porém a maior cifra corresponde àqueles que têm curso primário incompleto. Em 240 matriculados, apenas 11 têm formação profissional (um curso em escola).

FREQUÊNCIA DE LESÕES:

Lesões do Membro Superior Direito	29	das quais,
amputação dedos mão direita	8	
amputação mão direita	2	
amputação antebraço direito		
amputação braço direito	4	
defeitos membro superior direito	9	



A procedência do produto é garantia para o médico e para o doente

Lesões do Membro Superior Esquerdo	33	das quais,
amputação dedos mão esquerda	9	
amputação mão esquerda	3	
amputação antebraço esquerdo	5	
amputação braço esquerdo	2	
defeitos membro superior esquerdo	14	
Lesões do Membro Inferior Direito	15	das quais,
amputação dedos pé direito	1	
amputação pé direito	0	
amputação perna direita	4	
amputação coxa direita	4	
	6	
Lesses do Membro Inferior Esquerdo	18	das quais,
amputação dedos pé esquerdo	0	
amputação pé esquerdo	0	
amputação perna esquerda	5	
amputação coxa esquerda	9	
defeitos membro inferior esquerdo		
Lesões do aparelho respiratório	25	
Lesões do aparelho circulatório central	7	
Lesões do aparelho circulatório periférico	8	
Lesões defeitos oculares	26	
Lesões do nariz, ouvidos, garganta Lesões da coluna	5	
Lesões das glândulas endocrinas	1	
Hernias	2	
Lesões dos nervos periféricos	0	
Deficit mental, psicoses, neuroses, psico-neuroses	7	
Lesões dos ossos, músculos, tendões, articulações	6	
Lesões do sistema nervoso central	6	
Lesões genitais	2	
Lesões de dois membros ou mais de uma lesão	8	
Sem diagnóstico	18	
'Exames realizados: Foram realizados 211 exames e entre laboratório, Raios X e com especialistas.	spec	cializados
Próteses: Fornecemos 388 próteses assim divididas		
Membros Inferiores (diversas alturas)	11	
Ganchos	11	
Botinas ortopédicas	5	pares
Braço estético	1	
Palmilhas ortopédicas	3	
Colete de sustentação	1	
Cinto para hérnia	1	
Aparelhos de surdêz	1	
Oculos	4	

somando um total de Cr\$ 89.000,00 (oitenta e nove mil cruzeiros, dos quais fomos reembolsados em Cr\$ 9.000,00 (nove mil cruzeiros) ou seja 10%.

Situação: Dos 240 casos matriculados até hoje, temos:

encerrados	174	dos	quais,
reabilitados (trabalhando há mais de 6 meses)	90		
declararam não querer trabalhar			
desaparecidos (impossível localização)			
impossível reabilitação			

Além dêsses, temos:

em	andamento		66	dos quais,
em	experiência	(menos de 6 meses)	11	
am	ardando vac	ra	55	*

Fizemos 2014 entrevistas na Séde do S. R.

Pela capacidade do Serviço, 240 pacientes representam, realmente, um esfôrço, pois não se poderia esperar mais dado o número reduzido de funcionários que possuímos.

Sendo êste um simpósio em que se cuida especialmente das lesões e amputações no aparelho locomotor, daremos a seguir a freqüência das lesões dos membros superiores e inferiores em pacientes já reabilitados e trabalhando há mais de 6 meses:

Lesões do Membro Superior Direito amputação dedos mão direita amputação mão direita amputação antebraço direito amputação braço direito defeitos do membro superior direito	2	das quais,
Lesões do Membro Superior Esquerdo	18	das quais,
amputação dedos mão esquerda	5	
amputação mão esquerda	3	
amputação antebraço esquerdo	3	
amputação braço esquerdo	2	
defeitos membro superior esquerdo	5	
Lesões do Membro Inferior Direito	5	das quais,
amputação dedos pé direito	0	
amputação pé direito	0	1
amputação perna direita	0	
amputação coxa direita	1	
defeitos membro inferior direito	4	

Lesões do Membro Inferior esquerdo	7 das quais,
amputação dedos pé esquerdo	0
amputação pé esquerdo	0
amputação perna esquerda	2
amputação coxa esquerda	2
defeitos membro inferior esquerdo	3

Para finalizar nosso trabalho, exporemos os resultados de um questionário de contrôle feito ao encerrarmos os casos:

No inquérito que habitualmente realizamos ao encerrar o caso, inquérito este respondido e assinado pelo informante da indústria (geralmente gerente ou chefe de pessoal), obtivemos os seguintes resultados:

1)	Está satisfeito com o empregado?	{ sim 92% mais ou menos 8%
2)	Quanto à freqüência: falta	mais que a média 0% igual a média 33% menos 67%
3)	Nota alguma revolta, complexo ou outra particularidade?	
4)	Quanto à produção	maior que a média 3% igual a média 72% menor que a média 10% item prejudicado 15%
5)	Quanto à qualidade de trabalho	
6)	Quanto ao interêsse pelo serviço	{ igual a média 67% menor a média 0% maior a média 33%
7)	Tem progredido na produção?	quantitativamente 20% qualitativamente 39% estacionados 34 item prejudicado 7%
8)	Quanto à pontualidade	{ é pontual 100% chega atrazado 0%

Procure livrar-se da da anemia, comendo alimentos ricos em substâncias indispensáveis ao organismo. — SNES.

INSTITUTO RADIOLOGICO "CABELLO CAMPOS"

Radiodiagnóstico e Radioterapia

Diretor: Dr. J. M. CABELLO CAMPOS

(Do Colégio Brasileiro de Radiologia)

RUA MARCONI, 94 - 2.º andar - Telefone 34-0655 SÃO PAULO

EXCERPTA MÉDICA

Revista internacional de resumos dos últimos trabalhos

Publica mensulmente um volume de cada uma das seguintes especialidades:

- I Anatomia, Embriologia a

- V Palologia Gerel e Anatomia
- VI Medicina Gerel. VII Pediatria

- VIII Neurologia e Psiquiatria,

 - X Obstetricia e Cinecologia.
- XI Oto-rino-laringologia. XII Ottalmologia. III Dermatologia e Venero-

DISTONEX



para o



Equilibrio vago simpático



LABORATÓRIO SINTÉTICO LTDA.

Rua Tamandaré, 376 - Telefene, 36-4572 - São Puelo

Sto Paulo Editora S/A., imprimiu.